تطبيقات في العلاج النفسي

الأستاذ عبدالله يوسف أبو زعيزع

محكم علمياً







تطبيقات في العلاج النفسي

(دليل المعالج النفسي)

تأليف

عبد الـلـه يوسف أبو زعيزع

المملكة الأردنية الهاشمية

رقم الإيداع لدى دائرة

المكتبة الوطنية

(*2009/9/4221*)

616.08

أبو زعيزع ، عبد الـلـه يوسف

تطبيقات في العلاج النفسي / عبد الـلـه زعيزع

عمان : دار جليس الزمان، 2009 .

(   ) ص .

ر.أ.: (*2009/9/4221*)

الواصفات: / الطب النفسي // العلاج الطبي // الرعاية الصحية

- أعدت دائرة المكتبة الوطنية بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية

ردمك ISBN 978 -9957- 81-154-2

الطبعة الأولى

2010

الناشر

دار جليس الزمان للنشر والتوزيع

شارع الملكة رانيا- مقابل كلية الزراعة- عمارة العساف- الطابق الأرضي, هاتف:

009626 5343052 -- فاكس 0096265356219

فهرس الموضوعات

مقدمة الكتاب

يسعى هذا الكتاب العلمي المتخصص إلى معالجة المفاهيم والمبادئ والتطبيقات الضرورية في ميدان العلاج النفسي والميادين ذات العلاقة، وذلك في محاولة منظمة و متكاملة لتفسير مدى واسع من مظاهر السلوك الإنساني، و التعامل معه في حالة السواء والشذوذ. ويعد اكتساب هذه المفاهيم والتطبيقات أمرا ضروريا للعاملين و المختصين في العلاج والعلاج النفسي ، إذ يمدهم بالاستراتيجيات العلاجية وأدوات التقييم وإجراءات العمل للازمة للتطبيق الميداني ،سواء أكان ذلك في المستشفيات أو العيادات النفسية أو في المؤسسات التعليمية والاجتماعية .

وان كانت هذه العناصر لا تعطي القارئ الكريم الحلول الجاهزة للمشكلات النفسية والاجتماعية والتربوية، إلا أنها توجه انتباهه إلى مجموعة من الاقتراحات ذات الأهمية الكبيرة في إيجاد تلك الحلول ، وتعطيه فكرة واضحة ومتكاملة عن ماهية والعلاج النفسي والجوانب التطبيقية في هذا الميدان الحيوي ،كما تحرره من التقيد بتوجه نظري محدد وضيق، إذا ما أخذنا بعين الاعتبار أن أغلبية النظريات والنماذج العلاجية التي تناولت موضوع السلوك البشري تركز على جانب واحد من جوانب الشخصية دون اعتبار الجوانب الأخرى.

ولتحقيق الغاية من هذا الكتاب جاء في ثمانية فصول متكاملة تعالج المواضيع الرئيسة التي تشكل الهيكل الرئيسي لميدان العلاج النفسي والتي تلاؤم التطور في العلوم التربوية والنفسية .

فقد تناول الفصل الأول تمهيدا يبين المفاهيم المختلفة للعلاج النفسيـ ومناهج البحث المستخدمة به، وأساليبه المختلفة. وتناول الفصلان الثاني والثالث الأسس والمسلمات العامة والفلسفية والنفسية والتربوية والعصبية البيولوجية التي تقوم عليها العملية العلاجية والتوجهات النظرية الأساسية

التي ساهمت في تطوير المفاهيم والإستراتيجيات العلاجية ، ومنها الاتجاه السلوكي التقليدي، والاتجاه التحليلي، والاتجاه السلوكي المعرفي، والنموذج الإنساني.

أما الفصلان الرابع والخامس فقد عالجا موضوع المعلومات الاكلينيكية اللازمة للعملية والعلاجية، من حيث خصائصها والوسائل المستخدمة في جمعها وتنظيمها من اختبارات ومقاييس موضوعية وذاتية، والإجراءات الأساسية المتبعة في كل وسيلة .

وتناول الفصل السادس طبيعة العملية العلاجية والمراحل العشر التي تمر بها، مع توضيح الإجراءات العلاجية المتبعة في كل مرحلة ابتداء من استقبال الحالة وبناء العلاقة العلاجية وحتى مرحلة الإنهاء والمتابعة، كذلك المهارات والفنيات الأساسية اللازمة في مرحلة إرشادية . وتناول الفصل السابع الميادين الكبرى الأساسية في العلاج النفسي مثل العلاج المهني، والعلاج الأسري والزوجي، والعلاج النفسي للفئات الخاصة . وعالج الفصل الثامن المهارات الأساسية اللازمة في التطبيق العملي لعملية العلاج النفسي.

وأخيرا يأمل المؤلف أن يلقى هذا الجهد العلمي المتواضع قبولا حسنا لدى والاخصائين النفسيين، ومعلمي التربية الخاصة الممارسين، والطلبة الدارسين للعلاج النفسي والاساتذه، وأن يفيدوا منه في حياتهم العلمية والعملية ويدعوهم ان لايبخلوا عليه بردود فعلهم ونقدهم البناء سعيا وراء الافضل والاستفادة منها في المستقبل إن شاء الله تعالى

المؤلف

عبد الله يوسف أبو زعيزع

الموافق 2009/6/10

الفصل الأول
مقدمة في العلاج النفسي

عملية العلاج النفسي

- **مفهوم عملية العلاج النفسي**
- **المشكلات التي يتناولها العلاج النفسي**
- **مراحل واجراءات عملية العلاج النفسي**
- **الإعداد للعملية العلاجية**
- **بناء العلاقة**
- **تحديد المشكلة**
- **تحديد الأهداف العلاجية**
- **تحديد مستقبل الحالة**
- **اختيار الإستراتيجية المناسبة**
- **تنفيذ الإستراتيجية**
- **تقييم العملية العلاجية**
- **انهاء العملية العلاجية**
- **المتابعة**
- **المقاومة في العلاج النفسي**
- **اسباب المقاومة**
- **اعراض المقاومة**
- **استراتيجيات ادارة المقاومة**

مفهوم عملية العلاج النفسي

يشير مفهوم العملية العلاجية (Psychotherapy Operation) إلى العملية الفنية التي تقوم على الأسس والمسلمات العلمية والنظرية للعلاج النفسي، وهي تتبع إجراءات أساسية تسير وفق خطوات محددة تتضمن: اعداد للعملية العلاجية وتكوين العلاقة العلاجية, وتحديد الأهداف العلاجية, وتحديد المشكلة, ووضع خطة علاجية تقوم على تعديل وتغيير السلوك, وتحقيق النمو وتغير الشخصية, واتخاذ القرارات وحل المشكلات, والتقييم النهائي للعملية، وأخيرا الانهاء والمتابعة. ومما يجدر ذكره ان هذه الخطوات قد تتداخل مع بعضها البعض في بعض حالات العلاج.

المشكلات النفسية الشائعة التي يتناولها العلاج النفسي

لا بد للمعالج النفسي من التعرف على المراحل العمرية المختلفة للعملاء وخصائص المظاهر النمائية في كل مرحلة وما يرتبط بها من مشكلات قد يواجهها للعملاء ، حيث يفيد من هذه المعرفة كثيرا عند تصميم برنامج العلاج وتقديم خدماته العلاجية. ويعد التعرف على هذه المشكلات والتعامل معها وأسس فحصها ودراستها من الأدوار والمهمات الرئيسية للمعالج النفسي في العيادة. ويمكن التمييز بين ثلاثة انواع رئيسية من المشكلات النفسية التي قد يعاني منها الناس خلال المراحل العمرية المختلفة كما يلي :

أولا : المشكلات الإنفعالية

وهي مشكلات ترتبط بعدم الشعور بالأمن وتؤثر سلبا على الجانب الانفعالي النفسي من شخصية العميل. وأكثر هذه المشكلات شيوعا نذكر ما يلي :

1) المخاوف المرضية : (Phobia)

تشير هذه المشكلة إلى الخوف غير المنطقي والغير مبرر من شيء أو نشاط أو موقف، وهو خوف لا يتناسب عادة مع موضوع الخوف، ينتج عنه تجنب لهذا لشيء أو النشاط أو الموقف، ومن الأمثلة على المخاوف التي يعاني منها الاطفال والتي أكدتها الدراسات والأبحاث:الخوف من الالتحاق بالدراسة لا سيما في المرحلة الأساسية؛ وذلك بسب الانفصال المفاجئ عن الوالدين، كما يعاني أطفال هذه المرحلة من الخوف الاجتماعي الذي يتمثل في عدم القدرة على التفاعل في النشاطات، وتكوين اتجاهات سلبية نحو المدرسة والمعلمين والطلبة . وتحتاج مشكلة الخوف المرضي إلى التعاطف والتفهم من قبل الاباء والمحيطين بعيدا عن أساليب الكف (النهي) والعقاب العشوائي.

2) القلق : (Anxiety)

يعتبر القلق حجر الزاوية في حدوث المشكلات النفسية التي ترتبط بضعف القدرة على التركيز الذهني وتدني التحصيل، ويشير القلق كمشكلة نفسيةإلى حالة من التوتر الداخلي _ تكون أسبابها غير ظاهرة أحيانا - تؤدي إلى أعراض جسدية ونفسية اهمها : التوتر العضلي وتسارع ضربات القلب والتعرق وقلة التركيز . ويتعامل المعالج النفسي مع حالات القلق بتشجيع العملاء على التعبير الحر عن مشاعرهم، من خلال المقابلة العلاجية للعملاء

المراهقين، وبأسلوب العلاج با للعب بالنسبة للأطفال، كما يتم مقابلة ولي أمر العميل والطلب منه ان يتواصل مع ابنه أكثر في المنزل، ومشاركته اهتمامه ونشاطاته عندما لا يكون قلقا وذلك لتعزيز استجابة الاسترخاء .

3) الخجل (Shame)

يعتبر الخجل من أكثر الاضطرابات الشخصية والاجتماعية التي يعاني منها الناس لا سيما في المرحلة الابتدائية والثانوية، ويطور العميل الخجول حالة من تجنب التفاعل الاجتماعي والانطواء وعدم امتلاك القدرة على التعبير عن الأفكار والمشاعر ، وتتسبب في هذه المشكلة عدة عوامل أهمها: نقص الثقة بالنفس, وعدم الشعور بالأمن, كذلك أسلوب الحماية الزائدة, والنقد المستمر للشخص, والسخرية وعدم الاهتمام . ويلعب النموذج الوالدي الخجول دوراً مهماً في حدوث المشكلة ، ولا شك ان الإعاقة الجسمية تعتبر عاملاً حيوياً في تطور هذه المشكلة.

4) الإضطرابات المزاجية (Mood Disorders)

وهي اضطرابات تصيب الجانب الانفعالي من شخصية العميل، وتؤثر في الجانب المعرفي والاجتماعي، وتتميز اما بهبوط حاد او ارتفاع في المزاج، و في حالات نادرة يتأرجح المزاج بين الهبوط والارتفاع ويسمى عندئذ هوس اكتئابي (اضطراب ثنائي القطب). وتؤثر هذه الاضطرابات على التكيف الشخصي و المدرسي والمهني والاسري، ويشخص اضطراب المزاج اذا استمرت الاعراض الهوسية او الاكتئابية لأكثر من اسبوعين، ويصيب هذا النوع من الاضطراب العميل عادة في مقتبل العمر . ويقسم اكلينيكيا إلى نوعين هما:

- اضطراب مزاج عصابي: يبقى المريض في هذا النوع على اتصال بالواقع.
- اضطراب مزاج ذهاني: ينفصل فيه المريض عن الواقع ويعاني من الهلاوس والأوهام.

وتؤدي هذه الاضطرابات عادةً إلى تعبيرات صريحة او ضمنية على مستوى الانفعال (المزاج) . وعادةً ما يحث مثل هذه الحالات الإنفعالية _ وبغض النظر عن اتجاهها _ مثيرات خارجية يدركها الفرد، وقد تتسبب في بعض الاحيان بفعل مثيرات داخلية تتمثل بتفكير الفرد حول بعض الاحداث والمواقف او الاشخاص ومعتقداته حول ذلك . ويمكن ان نميز بين ثلاث حالات إنفعالية يمكن ان يعاني منها الطلبة في اي مرحلة تعليمية وهي :

1) الاكتئاب (Depression)

وهي حالة إنفعالية تتضمن انخفاض وتكدر في المزاج يؤدي إلى الحزن واليأس والقنوط والتشاؤم لاسيما في فترة الصباح, وتتميز بمجموعة من الأعراض أهمها صعوبة النوم في بداية الليل أو عند الفجر وفقدان الشهية, وتؤدي قلة النوم وفقدان الشهية إلى نقصان الوزن وانخفاض القدرات الذهنية والجنسية بطبيعة الحال، كما تظهر مجموعة من الاعراض ذات الطبيعة النفسية مثل العزلة والتشتت والتوقف عن ممارسة الهوايات والخمول. وتتسبب حالة الاكتئاب أما نتيجة أحداث حياتية قاسية كالتعرض للإساءة بمختلف أشكالها، أو فقدان شخص عزيز أو مبلغ كبير من المال، كما ان نظام معتقدات الفرد قد يساهم- إلى حد كبير- في التمهيد لحدوث حالة الاكتئاب، فالطبيب النفسي

(بيك) أشار إلى ان هناك ثلاث معتقدات لا عقلانية تقود الفرد إلى حالة الاكتئاب وهي:

- (انا سيء).
- (الناس سيئون).
- (المستقبل سيء).

وقد سمى بيك هذه المعتقدات الثلاثة بمثلث الاكتئاب المعرفي، وبناءً على ذلك وضع منهجاً للعلاج يستند على تحديد هذه الافكار، ومن ثم تفنيدها لدى المريض باستخدام استراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي, وقد لاقت طريقته هذه- إضافة إلى استخدام العلاجات الدوائية ntidepressant (Tricycles -إستحساناً لدى الاطباء والمعالجين النفسيين في القرن الحادي والعشرين.

2) الحساسية الإنفعالية (Emotional sensitivity)

وهي حالة تشير إلى عدم قدرةالعميل- ولاسيما في مرحلة المراهقة - على التحكم بانفعالاته وذلك بسبب عدم تحقيق التكيف مع البيئة المحيطة به مثل الأسرة أو المدرسة أو المجتمع، والعميل الذي يعاني من الحساسية الإنفعالية يدرك ان طريقة معاملة الآخرين له لا تتناسب مع ما وصل اليه من نضج، وقد ترجع الحساسية الإنفعالية إلى عجز العميل المراهق المالي الذي يقف دون تحقيق رغباته وحاجاته، كما تلعب التوقعات المبالغ بها من قبل الكبار بخصوص الانجاز الاكاديمي سبباً هاماً في تكوين الحساسية الإنفعالية.

3) الهوس الاكتئابي (Manic Depressive Psychosis)

اضطراب ذهاني يتأرجح فيه المزاج بين الارتفاع والهبوط ويأخذ صورة النشوة أو التوتر, حيث يعاني الفرد من كثرة الحركة والتنقل والتمرد على السلطة والثرثرة المتواصلة، ويقترن ذلك عادة ببعض الهلاوس والأوهام التي يدور محتواها حول العظمة أو الجنس, ويتشتت التفكير, وقد يقوم الفرد نتيجة لذلك بارتكاب بعض الأخطاء والمخالفات القانونية او ممارسة سلوكيات عدوانية.

وهنالك زمرة من الاعراض النفسية الأساسية التي تميز هذا الاضطراب مثل: ارتفاع الشبق الجنسي وقلة النوم ،وتكون هذه الاعراض بمثابة اشارات أولية تسبق حدوث الحالة بأيام قليلة ، وقد يتخلل هذه الحالة من الهوس فترة- قد تكون قصيرة أو طويلة- من الاكتئاب والحزن أو قد تتساوى فترة الاكتئاب مع فترة الهوس، و تعالج هذه الحالة بإعطاء المريض علاجات دوائية(عقار الليثيوم، ومضادات الاكتئاب).

وجدير بالذكر ان العميل الذي يعاني من الحالات الثلاث السابقة يحال إلى الطبيب النفسي المختص في علاجها، أما الحالات البسيطة مثل الاكتئاب والتي تدخل ضمن النوع الأول فانه يمكن ان يتعامل معها المعالج التربوي من خلال الاستراتيجيات السلوكية المعرفية .

ثانيا: المشكلات السلوكية

1- النشاط الزائد (Hyperactive)

يعاني نسبة لا بأس بها من طلبة المدارس لا سيما في المراحل الأساسية من قيامهم بنشاطات حركية غير موجهة وغير ملائمة، تفوق الحد المقبول بالنسبة لنشاطات الطلبة في عمرهم. والمعلم المؤهل تربويا يستطيع تحديد هذه المشكلة عندما يلاحظ قيام احد الطلبة بحركات غير منتجة أو غير ملائمة .

وتؤثر مشكلة النشاط الحركي الزائد على مقدرة التلميذ على التركيز وانجاز المهمات المطلوبة منه بنجاح، وتنتج هذه المشكلة عادةً عن التوتر والقلق النفسي، وفي حالات نادرة تعود الحالة إلى عوامل عصبية تتمثل في اضطراب كهربائية الدماغ واضطراب افراز الغدد الصماء. ويتعامل المعالج النفسي مع هذه المشكلة عن طريق استخدام برنامج تعزيز للسلوكيات الهادفة والمنتجة، وتجاهل السلوكيات غير المناسبة، ويتطلب ذلك اجتماع المعالج مع المعلمين والوالدين.

2- العنف المدرسي (Schoolar Violent)

لقد لقي موضوع العنف المدرسي والسلوك العدواني اهتماما متزايدا من قبل الإدارات التربوية والباحثين التربويين، خصوصا في العقود الثلاثة الماضية وذلك بسبب زيادة حوادث العنف التي يرتكبها بعض التلاميذ بحق تلاميذ آخرين، او الحوادث التي قد يكون الطلبة انفسهم هم ضحايا لعنف المعلمين، كذلك بسبب تنامي الاهتمام برعاية وحقوق الطفل، واقرار هذه الحقوق في المحافل الدولية والتشريعات القانونية. ويأخذ العنف في المدارس على مختلف أشكاله نوعين رئيسيين هما :

ا - السلوك العدواني: (Aggression)

وهو مشكلة سلوكية تتضمن إلحاق الأذى بالآخرين أو بممتلكاتهم, أو إلحاق الأذى بالنفس. وهي مشكلة شائعة في المدارس الأساسية تعود إلى أسباب متعددة ومتشابكة أهمها: تقليد العميل للنماذج العدوانية التي يتعرض لها داخل الأسرة أو المدرسة, أو من خلال وسائل الأعلام . وينظر إلى السلوك العدواني كردّة فعل ديناميكية للإحباط التي يعاني منه العميل ،وان لم يثبت صحة هذا الافتراض تجريبيا. ويأخذ السلوك العدواني ألوان وأشكال كثيرة منها: العدوان الجسدي , والعدوان اللفظي، وقد يكون العدوان رمزي موجه إلى مصدر أخر غير مصدر الإحباط المباشر, وقد يكون ردة فعل لعدوان مقابل، وهذه الحالة لا تدخل ضمن ما يسمى بالسلوك العدواني. وعلى كلٍ فان التقليل من السلوك العدواني يتم باتخاذ إجراءات تعديل السلوك التي تركز على اجراءات عقابية تناسب كل حالة عدوانية، إضافة إلى استخدام التعزيز التفاضلي.

ب- الاساءة للطلبة (Abase)

تُعرَّف الإساءة بانها إيذاء جسدي أو نفسي أو جنسي أو إهمال لصحة العميل، وغالباً ما يقع هذا الايذاء من شخص اكبر عمراً. وتاخذ الاساءة بهذا المفهوم ثلاثة اشكال يمكن ايجازها بما يلي :

*** الإساءة الجسدية: (Physical abuse)**

في هذا النوع من الإساءة يتعرض العملاء للإيذاء الجسدي من قبل الأقران أو المعلمين أو الأسرة، او بواسطة شخص يكون مسؤولاً عن رعاية العميل . ويحدث ذلك تحت ظروف تعرض فيها صحة الطفل للأذى او

التهديد، وقد تأخذ الاساءة الجسدية اشكال وألوان مختلفة مثل: الكدمات على الوجه والضرب بالعصا او بالحزام او الخدوش او الكسور في العظام او الحروق او الاصابات الداخلية الخطيرة.

وينتج عن الاساءة الجسدية غالباً - كما في باقي انواع الإساءات - مشكلات نفسية وسلوكية مثل انخفاض مفهوم الذات، والكوابيس، والخوف المرضي، والتبول اللاإرادي، والتشويهات المعرفية، والسلوكيات العدوانية كنماذج يعيشها العميل في حياته . وغالبا تتصف الاسرة التي تمارس الاساءة الجسدية على ابنائها بانها تعاني من مشكلات زوجية او مالية او مهنية، ويلعب الفقر والبطالة والعنف الاسري دورا هاما في تطور بذور الاساءة الجسدية وممارستها.

*** الاساءة الإنفعالية (Emotional abuse)**

وهي حالة يتم فيها قمع الطفل باستمرار، وعدم السماح له بالتعبير عن حاجاته النفسية، كذلك إطلاق الالقاب السلبية عليه ونعته والحط من قدره ، والاستهزاء والسخرية منه، وتوجيه الانتقادات المستمرة التي تفقده الثقة بنفسه. ومن المعروف ان جميع اشكال سوء المعاملة والإهمال المتعمد للطفل تسبب ايذاءً انفعالياً له.

وهناك مجموعة من الاستراتيجيات العلاجية تقدمها الجمعيات والهيئات المعنية بحماية الطفل من الاساءة والإهمال، نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر استراتيجية توكيد الذات.

*** الاساءة الجنسية (Sexual abuse)**

وهي من اخطر انواع الاساءات التي يتعرض لها العملاء وخاصة الاطفال منهم ، وأكثرها اثاراً على شخصية العميل. وتحدث الاساءة الجنسية عندما يتعمد شخص اكبر إلى استخدام العميل ،لأجل اغراض جنسية (متضمنة السلوك الجنسي غير المتناسب مع العمر). وتأخذ اشكالاً كثيرة مثل التحرش الجنسي، او العملية الجنسية ذاتها، واستخدام الطفل في اعمال البغاء، ولا تقتصر ممارسة هذه الاساءة على الاطفال فقط، اذ قد يتعرض لها الانسان في أي مرحلة من مراحل العمر.

ثالثا : المشكلات التعليمية :

يهدف التعليم في المرحلة الأساسية إلى اكساب التلميذ المهارات المعرفية الأساسية (القراءة ، الكتابة ، المحادثة ، الحساب)، إضافة إلى المهارات والاتجاهات الحياتية الضرورية لتكوين علاقات سوية مع الآخرين، أما في المراحل المتوسطة والعليا فتركز الأهداف التعليمية على تطوير القدرة على التفكير التجريدي وتفكير حل المشكلات و زيادة رصيد العميل من المعلومات والاتجاهات الإيجابية نحو نفسه والعالم من حوله. ولاشك ان بعض التلاميذ يتعرضون لمشكلات تعليمية تؤثر على أدائهم الأكاديمي سلبا وتخفض من دافعيتهم للتعلم والإبداع. ومن اهم هذه المشكلات نذكر ما يلي :

1- تدني التحصيل الدراسي : (low collection)

يعاني نسبة من الطلبة في المراحل الدراسية المختلفة من مشكلة تدني التحصيل الدراسي تقدر بـ(25 %) في المدارس وتزيد هذه النسبة تدريجيا كلما ارتقى العميل في سلم التعليم ، ويعرف تدني التحصيل اجرائيا بانه

انخفاض نسبة التحصيل الدراسي (مقاسة باختبارات التحصيل) دون المتوسط في حدود انحرافين معياريين سالبين. وقد يكون تدني تحصيل عاماً في كل المواد الدراسية، او تدني تحصيل خاص في مادة بعينها كالعلوم او الحساب او الانجليزي، ويرتبط تدني التحصيل الخاص بنقص القدرة او القدرات الخاصة بتلك المادة الدراسية.

ويعتبر العميل متدني التحصيل إذا كان أداؤه ومعرفته أدنى بسنتين من مستوى أداء ومعرفة الطلبة في صفه، وغالبا يكون تدني التحصيل في جميع المواد الدراسية ونادرا ما يكون العميل متدني التحصيل في مادة دراسية بعينها.

وهناك اسباب كثيرة ومتشعبة لمشكلة تدني التحصيل الدراسي يمكن ذكر أهمها وأكثرها شيوعا على النحو التالي :

- نقص الاستعدادات القرائية والكتابية والحسابية .

- نقص القدرات الخاصة والذكاء والتفكير التجريدي.

- الهروب والغياب المتكرر للعميل .

- اتجاهات الوالدين السلبية نحو المدرسة، والتي تتمثل في قلة الاهتمام بالدراسة والتشجيع عليها، وغالبا ما تكون هذه الاتجاهات لدى الآباء الذي ينتمون إلى طبقات اجتماعية واقتصادية وثقافية متدنية .

- نقص المهارات الدراسية الصحيحة.

- وجود مشكلات صحية لدى العميل مثل ضعف السمع والبصر غير المشخص، ونقص التغذية والأمراض المزمنة .

- أسباب تتعلق بالمدرسة مثل عدم كفاءة المعلمين في التدريس، وغياب طرق ووسائل التعلم الفعالة ، ونقص الإمكانيات المادية في المدرسة.

- النشاط الزائد وما ينجم عنه من أعراض مثل نقص التركيز والتشتت .

- سوء تنظيم الوقت فبعض الطلبة يدرسون بشكل أفضل خلال أوقات معينة من اليوم ولا يعون هذه الأوقات ويحاولون الدراسة في غير وقتها.

وهناك مجموعة من الحقائق لا بد ان يأخذها المعلم والمعالج التربوي وصناع القرار التربوي بعين الاعتبار عند التعامل مع مشكلة التحصيل الدراسي وهي :

- ان المراحل الدراسية الدنيا مهمة جدا في تشكيل الدافعية للتحصيل والنجاح ، فغالبا ما يكون تلاميذ هذه المرحلة متعطشين للتعلم والتحصيل ولديهم فكرة ان النجاح والتحصيل المرتفع يأتي من العمل الجاد، وفي هذه المرحلة يميل الدافع للتحصيل إلى الثبات سواء كان مرتفعا أو متدنيا ، لهذا لابد من تصميم برامج التعزيز المتواصلة والمتقطعة للمحافظة على مستوى التحصيل المرتفع في هذه المرحلة كأفضل وقاية من الاتجاهات السلبية نحو التحصيل .

- يميل الطلبة الذكور إلى عزو سبب تدني التحصيل لديهم للحظ وللمعلمين، في حين تعزوا العميلات سبب تدني التحصيل إلى ذواتهن وقدراتهن والجهد المبذول .

- أطفال الطبقات الاجتماعية الفقيرة لا يتأثرون بالتعزيز الرمزي والمعنوي على التحصيل الدراسي، ويمكن ان تشحذ هممهم عن طريق التعزيز المادي الملموس .

ويتعامل المعالج التربوي مع مشكلة تدني التحصيل عادة من خلال تزويد الطلبة بمهارات الدراسة الصحيحة، واستخدام استراتيجية ضبط المثيرات مقرونة ببرنامج تعزيز خارجي وذاتي. ومن المناسب ان يلجأ العميل إلى الطرق المتخصصة في حالة تدني التحصيل الخاص بمادة دراسية واحدة مثل دروس التقوية داخل أو خارج المدرسة .

2- نقص المهارات الدراسية .

يشير مفهوم المهارات الدراسية (Study skills) إلى الاستراتيجيات والوظائف العقلية التي يستخدمها العميل في اكتساب المعرفة، واستيعاب المواد الدراسية المختلفة بهدف تحسين التحصيل الأكاديمي لدى الطلبة، وتتضمن العمليات العقلية الأساسية الخاصة بالدراسة (المسح ألقرائي المتاني، والتحليل ، والمراجعة المركزة ، وحل الواجبات)، ولابد من تزويد العميل بظروف وطرق دراسية مناسبة لتحسين وزيادة دافعيته لاستخدام مهارات الدراسة, إضافة إلى وضع جدول تعزيز يتناسب والمرحلة العمرية التي يمر به.

وهناك فرق بين المهارات الدراسية والمهارات الأكاديمية، فالقدرة على مسك القلم واستخدام القاموس ومعرفة الأحرف والأرقام ومعرفة أساليب الدراسة تعتبر مهارات دراسية, في حين ان القراءة والكتابة والحساب تدخل في إطار المهارات الأكاديمية.ويكتسب العميل المهارات الدراسية الأساسية خلال سنوات الدراسة الابتدائية، ويمكن التمييز بين اربعة انواع من المهارات الدراسية الفعالة التي يستخدمها العميل هي :

أ- **مهارات القراءة** : وتسير وفق الترتيب التالي :

- مهارة (القراءة المسحية) والتي تتضمن أخذ فكرة سريعة عن الموضوع الذي يدرسه العميل دون ان يقرأ كل شيء بالتفصيل .

- مهارة (القراءة المتكاملة) بمعنى قراءة عبارات متكاملة بدلا من قراءة مفردات.

- مهارة (تعديل سرعة القراءة) تبعا لسهولة أو صعوبة المادة المقروءة .

ب- مهارة الاستيعاب وتتضمن:

- مهارة القراءة الصامتة.
- مهارة التركيز أثناء القراءة وفهم معظم المادة المقروءة ،كذلك ربطها بأحداث معينة في البيئة .
- مهارة استنتاج معانى الكلمات غير المألوفة من خلال السياق، وتكوين فكرة واضحة عن محور الفقرة المقروءة.
- مهارة التذكر والاسترجاع والقدرة على التعبير عن مادة التعلم بلغة سليمة للتأكد من مدى الاستيعاب .

ج- مهارات الكتابة وتتضمن :

- تلخيص الحصص الصفية وأخذ ملاحظات حول النقاط البارزة.
- اختيار الكتب والمصادر التي تناسب الموضوع الذي يرغب العميل في الكتابة حوله .

- مهارة استخدام الوسائل التعليمية المساعدة، مثل المسطرة والقاموس وعلبه الهندسة أو رسم خارطة أو جدول بياني ..... الخ .

د- مهارات خاصة بالامتحانات وتتضمن :

- انجاز الواجبات المدرسية أول بأول وفي الوقت المحدد وعدم تأجيلها، والاستفادة من أوقات الفراغ في المدرسة .
- تنظيم المادة قبل البدء بدراستها وذلك لتحديد مقدار الدراسة التي سينجزها العميل في الوقت المطلوب.
- تحضير المادة الدراسية لِمَا لذلك من أهمية في مشاركة العميل، وتعتبر هذه المهارة إضافة إلى مهارة انجاز الواجبات المهارتان الأكثر تكراراً من بين مهارات الدراسة.
- الدراسة لوقت متأخر عندما يكون لدى العميل امتحان في اليوم التالي.
- مهارة فهم مضمون السؤال قبل الإجابة عليه .
- مهارة التركيز على الموضوعات المهمة عند التحضير للامتحان.
- مهارة توقع أسئلة الامتحان .
- مهارة تمثيل دور الامتحان بالرجوع إلى امتحانات سابقة، أو اقتراح أسئلة والإجابة عليها.

ويستدل على توفر مهارات الدراسة الفعالة السابقة لدى العميل إذا استخدم ما قرأه وتعلمه في حل مشكلات حقيقية، وليس مجرد استرجاع مادة التعلم فحسب .

في واقع الأمر نجد الكثير من الطلبة يفتقرون إلى المهارات الدراسية السابقة؛ إما لانهم لم يتعلموها في المدرسة أو لانها علمت لهم لكنهم لم يفهموها أو فهموها لكنهم لم يطبقوها أو استقوها من مصادر غير متخصصة بطريقة عشوائية وغير علمية ، ولا شك ان هناك عوامل مثل (التفكك الأسري ، وأحلام اليقظة) تعيق تطور هذه المهارات الدراسية .

ان انسب المراحل العمرية لاكتساب الطلبة عادات الدراسة الصحيحة ووقايتهم من الوقوع في مشكلة نقص العادات الدراسية، يتمثل في المرحلة الدراسية الأساسية الدنيا والوسطى (الصف الأول – الصف السابع)، وذلك للوقاية من هذه المشكلة في السنوات اللاحقة، ومن الطرق المباشرة التي تبين للطلبة كيف يدرسون بدلا من شرح محتوى المادة لهم، هي طريقة تدريبهم على استراتيجية (SQ3R) والتي تتضمن مهارات الدراسة الأساسية التالية:

- **التخطيط** : ويشير إلى جدولة أوقات ومكان وكمية الدراسة وتحديد الاستراحات والمكافآت الذاتية التي يعطيها العميل لنفسه عندما ينجز ما هو مطلوب منه بنجاح .

- **مهارة مسح المادة الدراسية** :

وتتضمن أخذ فكرة عامة عن الدرس عن طريق تصفح العناوين الرئيسية والخلاصات، وغالبا ما تكون الفكرة العامة والرئيسية في أواخر الفقرات أو الخلاصات.

- **التساؤل :** ويشير إلى تحويل العناوين والمواضيع الرئيسية إلى أسئلة.

- **القراءة الاستكشافية** : حيث يبدأ العميل في هذه الخطوة بالقراءة ليستكشف إجابات الأسئلة التي صاغها.

- **المراجعة والتسميع** : وتتضمن مراجعة العميل للموضوعات الأساسية في الدرس وتسميعها بصوت مرتفع .

- مهارة تلخيص الحصص الصفية وكتابة ملاحظات – غير حرفية – بالنقاط والمواضيع المهمة، ومراجعتها وإعادة تنظيمها في نفس اليوم الذي يسجلها به.

3- الغياب المتكرر والهروب من المدرسة :

تشير هذه المشكلة إلى تكرار الغياب غير المشروع- بدون عذر قانوني-وبدون موافقة أو علم الأهل أو المسؤولين في المدرسة، حيث يتغيب العميل أو يهرب من المدرسة ولا يعود إلى بيته، وانما يتسكع في الشوارع أو النوادي أو يذهب إلى مكان عمل حتى يحين موعد انتهاء الدوام المدرسي، وبذلك لا يلاحظ الوالدين أو يشعران بوجود هذه المشكلة .

وغالبا ما يهرب الطلبة من أمر ما أكثر من كونهم باحثين عن المغامرة و المتعة، لذلك لا بد ان يدرس المربّون والآباء الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه المشكلة والعمل على تخفيفها ، فعادة ما ينتمي هؤلاء الطلبة إلى أسر محطّمة ولا مبالية بالتعليم .

وكم من عميل يتغيب أو يهرب عن المدرسة باستمرار، لانه يتعرض للتهديد بالضرب أو الضرب فعلاً من قبل مجموعة من الطلبة دون علم أحد من العاملين في المدرسة بذلك، أو ربما يتغيب ويهرب لمجرد رؤيته إجراءات العقاب البدني للطلبة المتأخرين عن الطابور الصباحي . ويخطئ الآباء كطرف

في علاج هذه المشكلة كثيرا عندما يستخدمون تشكيلة من أساليب العقاب العشوائي كالضرب المبرح ، أو الحرمان من المصروف أو الوجبات الغذائية وسحب بعض الامتيازات من العميل ، فقد أثبتت الدراسات العلمية والخبرة العملية فشل هذه الأساليب في التعامل مع مشكلة الهروب المتكرر، فبدلاً من الاستحدام الخاطىء لمثل هذه الأساليب لا بد من التوجه لتحديد السبب الحقيقي للغياب وعلاجه، إضافة إلى وضع برنامج تعزيز إيجابي لحضور العميل وانتظامه في الدوام .

4- التسرب المدرسي (Truancy)

يعتبر التسرب مشكلة تربوية شائعة تتضمن ترك العميل التعليم قبل إكمال المرحلة التعليمية الأساسية العليا، نتيجة لظروف اجتماعية طارئة كوفاة احد الوالدين، واضطرار العميل لرعاية وإعالة الأسرة، أو الاضطرار للعيش مع زوج أم أو زوجة أب غير متقبلة أو متفهمة، أو كما في حالة زواج بعض العميلات في عمر مبكر مما يضطرهن إلى ترك المدرسة، وعادةً يمهّد تدني التحصيل الدراسي لحدوث مشكلة التسرب المدرسي، كما يلعب الاختلاط برفاق السوء سببا رئيسيا في حدوث المشكلة، إضافة إلى تدني المستوى الاقتصادي للأسرة، مما يدفع العميل إلى الهروب من المدرسة وانخراطه في عمل او حرفة معينة بعلم او بدون علم أهله.

ولا بد ان تتظافر الجهود من قبل المعالج والعاملين في المدرسة والأهل في الحد من هذه المشكلة، ويتم ذلك عن طريق اجراء دراسة حالة مستفيضة للطلبة المتسربين، ومحاولة إقناعهم وأهلهم بالعودة إلى المدرسة وأهمية

التعليم، والتنسيق مع الجهات المعينة في تحسين الاوضاع المعيشية، وتخفيض الظروف التي أدت إلى التسرب.

5- **مشكلة الانضباط الصفي : (Classroom Control)**

يعرّف (harrmer,1983)

الانضباط االصفي بانه نظام للسلوك يربط بين المعلم والطلبة، ويهدف إلى جعل عملية التعلم اكثر فاعلية. وهذا النظام لا يقتصر على لوائح التعليمات والإجراءات والعقوبات التي قد يتخذها المعلم أو الإدارة المدرسية بحق الطلبة المخالفين, إذ لا بد ان يتضمن تشجيع العميل المتميز وتعزيزه على السلوكيات الايجابية والانجازات الاكاديمية .

ومن اكثر المشكلات السلوكية التي تؤثر في الانضباط الصفي : وصول العميل متأخرا على الحصة, وعدم احضار الكتاب, وعدم حل الواجب البيتي, وإصدار العميل للاصوات المزعجة أثناء الحصة . ولا شك ان ادارة المعلم لوقت الحصة بطريقة منظمة ومدروسة ومشوقة تحد كثيرا من مشكلات الانضباط الصفي ، اضافة إلى تمتعه ببعض الخصائص الشخصية الفعالة .

اضافة إلى ما سبق من مشكلات إنفعالية وتعليمية وسلوكية يعاني الطلبة ويتعرضون لمشكلات اخرى ومتنوعة لا يتسع الكتاب لذكرها مثل: مشكلات النطق واللغة , والرسوب المتكرر، والاعاقات العقلية البسيطة، وبعض حالات الذهان والعصاب. والسرقة. والمشكلات الصحية والعصبية . ولحسن الحظ فان نسبة حدوث هذه المشكلات قليلة لا تتجاوز(1%) مقارنة من المشكلات الشائعة المذكورة آنفاً .

6- النسيان (Forgetting)

تشير هذه المشكلة إلى عدم القدرة على تذكر المعلومات التي اختزنت في الذاكرة، وهو الفرق بين ما تعلمه واكتسبه العميل وبين ما يتم تذكره. ويحدث النسيان بسبب ترك المعلومات والخبرات، أو عدم الاستعمال للخبرات والمعلومات المنسية, كذلك نتيجة لتداخل المعلومات السابقة أو اللاحقة في ما يتم اكتسابه وتعلمه الان.

رابعا :مشكلات ذوي الاحتياجات الخاصة

يسبب اختلاف ذوي الاحتياجات الخاصة عن الافراد العاديين في نواح عدة صعوبات تجعلهم غير قادرين على القيام بالمهمات المطلوبة منهم، مما يؤثر بشكل سلبي على صحتهم النفسية وقدرتهم على التكيف. واهم هذه الصعوبات نذكر ما يلي :

1- المشكلات النفسية :

قد يعاني ذوو الاحتياجات الخاصة من تدني مفهوم الذات أو من وجود مفهوم ذات سالب لديهم، نتيجة الشعور بالنقص الحقيقي أو المتخيل ، وبالمحصلة النهائية يؤدي ما سبق إلى تدني في مستوى المزاج لديهم والشعور بالاحباط. كما قد يعانون من صعوبات في التذكر لاسيما الذاكرة قصيرة المدى ؛ بسبب ضعف الانتباه لديهم، اضافة إلى معاناتهم من اضطراب العادات كقضم الاظافر والتبول اللاارادي ... الخ.

2- المشكلات الاجتماعية :

يعكس هذا النوع من المشكلات اتجاهات المجتمع الخاطئة والسلبية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة ونحو اعاقتهم، وما ينتج عنها من ممارسات مؤذية لهذه الفئة من الناس مثل: السخرية والاهمال أو الشعور بالشفقة الزائدة وتعرضهم للاستغلال والاساءة الجنسية، لا سيما حالات الاعاقة العقلية.ان هذه المشكلات تؤثر في الفرد المعاق اكثر من تأثير الاعاقة نفسها.

المشكلات التربوية والمهنية :

تتمثل هذه المشكلات في نقص الوسائل التعليمية والمعدات والاجهزة التي يحتاجها ذوي الاحتياجات الخاصة، كما تتضمن نقص الأخصائيين والاعداد الضعيف للمعالجين فيما يتعلق باستراتيجيات التعامل مع هذه الفئة.

4- **صعوبات التعلم** (Learning Disalality)

وهي مشكلة تعليمية يُعتقد انها تعود إلى خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، وتسبب صعوبات في اكتساب الفرد وتوظيفه للمهارات اللغوية –اللفظية والكتابية – والمهارات الحسابية . وهذه الصعوبات غير ناتجة عن إعاقات عقلية أو بصرية أو سمعية أو إنفعالية أو متغيرات البيئة الخارجية، كطرق التدريس أو الحرمان البيئي أو الاقتصادي أو الثقافي. وتظهر صعوبات التعلم على شكل اضطرابات تصيب القدرة على الاستماع أو التفكير أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو الحساب، ويرافق هذه الاضطرابات خصائص معرفية سلوكية إنفعالية تميز هذه الفئة الخاصة من الأفراد ، تتمثل في صعوبة التركيز والاستيعاب، وضعف الذاكرة، والنشاط الزائد وتشتت الانتباه

(الاندفاعية) ، والشعور بالإحباط والاكتئاب نتيجة الفشل الاكاديمي، وضعف العلاقات الاجتماعية والاعتمادية الزائدة .

وتتراوح نسبة الافراد الذين يعانون من هذه المشكلة بين (15-20 %) في المجتمع، ويتم مساعدة مثل هذه الفئة من خلال غرفة المصادر التي يتولى التدريس بها اخصائي التربية الخاصة، والذي يعتمد في تدريسه على خطة تعليمية فردية لكل عميل، وكذلك على التقييم الفردي لكل حالة على حدة ، ويركز على استعمال الوسائل التعليمية المحسوسة أكثر من الشرح وأسلوب المحاضرة أو التدريس التقليدي .

5- **بطء التعلم** : (**Learning**)

وهي فئة الطلبة الذين يعانون تأخراً واضحاً في التحصيل الدراسي والتعليم، ويجمعون بين خصائص صعوبات التعلم والطلبة متدني التحصيل (انظر مشكلة تدني التحصيل). وتعود اسباب هذه الحالة إما إلى الظروف البيئية و المدرسية والأسرية، أو لأسباب تتعلق بالعميل نفسه كنقص القدرة اللازمة للتحصيل .

6- **الاعاقة السمعية** : (Odium handicap)

يميز المختصون في العادة بين نوعين من الاعاقة السمعية هما :

– ضعف السمع : وهي الفئة الأكثر انتشارا أو التي قد يتأخر اكتشافها، وتنتج من خلل قد يصيب جزءا أو اكثر من أجزاء الأذن الثلاثة (الخارجية والوسطى والداخلية)، بحيث يصعب توصيل الاصوات إلى الأذن الداخلية (جهاز التفسير والتحليل)، أو عدم القدرة على تحليل الاصوات حتى لو وصلت إلى الأذن الداخلية. وفي الحقيقة كلما حدث ضعف السمع في سن

– مبكرة اكثر ، كان الضرر اكبر على اكتساب اللغة والكلام. ولكن هذا لا يمنع بطبيعة الحال تدريب الطفل على استخدام اللغة بطريقة أو بأخرى مثل (السماعة الطبية، والتدريب النطقي واللغوي).

– الصمم التام : وهي الفئة التي تعاني من فقدان السمع التام، وتحتاج إلى طرق تربوية متخصصة في التعليم والتدريب. وتعود هذه الحالة إلى تلف أو ضمور في العصب السمعي، ويتم اكتشاف هذه الحالة عادة في سن مبكرة . ويتميز افراد هذه الفئة بالاندفاعية وضعف التعبير اللغوي، وكذلك ضعف المهارات التعليمية الأساسية .

7- الإعاقة البصرية : (Visional handicap)

تتراوح مشكلة الاعاقة البصرية – كما في السمعية – بين ضعف البصر والعمى التام ، ولحسن الحظ ان القدرات العقلية واللغوية لأفراد هذه الفئة لا تختلف عن تلك الموجودة عند الافراد العاديين، ولكن الاختلاف يظهر في القدرات الادائية فقط.

8- الاعاقة الجسدية : (Visical handicap)

تتنوع حالات الاعاقة الجسدية حسب العضو المتضرر في الجسم وسبب الاعاقة، وأكثر حالات الاعاقة الجسدية شيوعا حالات الشلل الدماغي والصرع وشلل الاطفال . ونظرا لتنوع حالات الاعاقة الجسدية فان سمات الافراد تختلف حسب نوع الاعاقة، فمثلا يصعب على ذوي الشلل الدماغي اتقان مهارة الكتابة، في حين يكون ذلك ممكنا لدى المصابين بشلل الاطفال. ومع ذلك يشترك افراد هذه الفئة بغض النظر عن طبيعة ومكان الاعاقة

بمجموعة من السمات المشتركة اهمها : تدني مفهوم الذات والشعور بعدم الكفاءة .

خامساً: المشكلات الاسرية

تتعرض كل اسرة في وقت من الاوقات إلى مشكلات تختلف في صعوبتها وتعقدها، فمن مشكلات يستطيع افراد الاسرة حلها فيما بينهم، إلى مشكلات تستدعي تدخل الاهل والاقارب والاصدقاء (شبكة الدعم الاجتماعي) ،ولكن هناك مشكلات مركبة قد تؤدي إلى اضطرابات نفسية وربما إلى تحطم وتفكك الاسرة بأكملها، ومثل هذه المشكلات تحتاج إلى مساعدة علاجية متخصصة .ويرى علماء العلاج الاسري ان هناك مجموعة من العوامل تؤدي إلى حدوث المشكلات الاسرية على اختلاف انواعها. واهم هذه العوامل نذكر ما يلي :

1- الازمات والصراعات المفتوحة بين الاب والام،وعلى مرأى ومسمع من الابناء.

2- انحراف الاتصالات والتفاعل الزائف بين اعضاء الاسرة، والذي يشوه الواقع ويؤدي إلى اضطراب التفكير والعاطفة وضيق الافق لدى اعضاء الاسرة. ويتمثل انحراف الاتصالات والتفاعل الزائف باستخدام اسلوب التهديد (اذ لم تفعل كذا ساعاقبك)، والتناقض في التعليمات والاوامر الموجهة لاعضاء الاسرة من قبل الاب والام، مما يقود الاولاد إلى ظاهرة الالتزام المزدوج.

3- التسلط الوالدي لاحدى الوالدين الذي يقود إلى عدم استقلالية اعضاء الاسرة، حيث ينشأ اعضاء متجانسين يحملون نفس المعتقدات

واليات الدفاع والآمال، الا انهم ليسوا حساسين تجاه بعضهم البعض، وغير متقبلين لبعضهم البعض.

4- الرفض الوالدي الغير متوازن للابناء، فعلماء العلاج الاسري يؤكدون في هذا الصدد ان رفض الاب اكثر تأثيرا في النفس من رفض الام.

5- جمود الادوار الاسرية في الحياة، فمثلا تركيز الزوجة على دور الام والمربية لابنائها فقط وتجاهل دورها كزوجة أو عاشقة لزوجها، يؤدي إلى هشاشة العائلة .وفيما يلي عرض موجز لأكثر المشكلات الاسرية والزواجية التي قد تعاني منها الاسر والازواج مع ملاحظة ان بعضها يختص بالزوجين فقط دون اعضاء الاسرة .

1- مشكلة الاسر البديلة (Step – Family)

وهي اسر يكون لأحد الزوجين او كليهما اولاد من زواج سابق انتهى بالطلاق او بالوفاة أو بالهجران. وهؤلاء الأولاد اما يعيشون مع الأب او الأم الجديدة (البديلة)، أو مع الزوج السابق او اهله من بعده. واحدى المشكلات التي تواجه هذا النوع من الاسر هي عدم رغبة احد الزوجين انضمام طفل الزوج او الزوجة السابقة، والذي يعتبر تذكاراً دائما للرفيق الغائب الذي سبق حبه والزواج منه، ومشكلة اخرى تتعرض لها الاسر البديلة هي مشكلة المشاحنات بين الاخوة غير الاشقاء ومشاحنات الطفل مع الاب او الام البديلة. ومما يجدر ذكره في هذا السياق ان اساءة الزوج للوالد السابق (الغائب) يسيء انفعاليا إلى ولده الذي هو من صلب الزوج السابق.

2- التفكك الاسري (Family Incoherence)

وهي مشكلة اسرية تشير إلى حدوث تصدع بالأسرة، وعدم تكاملها وتماسكها وعدم قدراتها على إشباع حاجات أفرادها الأولية والثانوية. وينتج عن هذا التصدع- إذا لم يتم تداركه- الشقاق والعداء بين أفراد الأسرة، وقد يؤدي إلى الطلاق الفعلي بين الزوجين الذي يسبقه الطلاق الانفعالي, وإذا ما حدث الطلاق الفعلي فان شمل الأسرة يتبعثر وتنهار الأسرة وينفصل أعضاؤها عن بعض.

وقد يحدث التفكك الأسري نتيجة لنشوز احد الزوجين، أو نتيجة عقوق الأولاد للوالدين، والعصيان والمناواه من قبل الأبناء أو الزوجين. ولا شك ان هناك علاقة قوية بين التفكك الأسري وبين جناح الإحداث.

3- أساليب الرعاية الوالدية الخاطئة

وهي أساليب تقود إلى تنشئة اطفال مضطربين يفتقرون إلى ادنى مهارات التكيف والتفاعل مع العالم الخارجي في المستقبل، واكثر هذه الأساليب تأثيراً في شخصية الطفل مستقبلا هي:

- **الاسلوب التسلطي (Sheds)**

وهو اسلوب رعاية يتعمد فيه الوالدين السيطرة على الطفل او المراهق، حيث يعيش في ظروف تنشئة اجتماعية خاطئة تؤثر على صحته النفسية، وتؤدي إلى ظهور خصائص وسمات شخصية سلبية اهمها: الاستسلام والخضوع او التمرد ونقص المبادأة والاعتماد السلبي على الآخرين.

- **اسلوب الحماية الزائدة أو الدلال (Overprotection)**

أحد أساليب الرعاية الوالدية الخاطئة التي تجعل الطفل يشعر بعدم الكفاءة وعدم قبوله من الأشخاص المحيطين به. ويترتب على ذلك حرمان الطفل من فرصة الاستقلالية وتحمل المسؤولية. ويتميز الطفل الذي يخضع لمثل هذا الأسلوب من الرعاية بسمات شخصية أهمها: عدم الاتزان والنضج الانفعالي, والخضوع للآخرين, وكثرة المعميل وعدم الأمن, والانانية.

4- جناح الأحداث (Events Pavilion)

اضطراب نفسي اجتماعي تشمل أعراضه السلوكيات التي تتصف بالتمرد والتخريب ضد المجتمع وضد السلطة الاجتماعية، وعدم الاستعداد للسلوك الملتزم بالمعايير والقيم الاجتماعية. واهم ما يميز الأفراد المصابين بهذا الاضطراب هو عدم قدرتهم على التعلم من أخطائهم, وبالتالي تكرار السلوك اللااجتماعي مرة ثانية وثالثة...الخ. ويصيب هذا الاضطراب الانسان عادة في بداية مرحلة المراهقة(سن 12 تقريباً)، ويستمر إلى سن 35 سنة في المتوسط، وقد يكون هذا الاضطراب مزمناً في حالات نادرة. ويأخذ جناح الاحداث أشكالا عديدة مثل السرقة وإدمان السلوك الجنسي المنحرف، وغير ذلك من ألوان السلوك الإجرامي المضاد للمجتمع .

5- الادمان (Drug Abuse)

مشكلة اجتماعية اسرية تتمثل في تكرار تعاطي المواد الإدمانية باختلاف انواعها، والذي ينتج عنها رغبة قهرية للحصول على هذه المواد، مع الميل باستمرار إلى زيادة حجم الجرعة، بحيث يؤدي استعمالها إلى الاعتماد البدني

والنفسي على المادة المستعملة، فضلاً عن ظهور الاعراض الانسحابية التي تتضمن آلام وأعراض في مختلف اجهزة الجسم في حال انقطاع المدمن المفاجئ عن التعاطي. ولا يستطيع المدمن العيش بدون استعمال هذه المواد الا بصعوبة بالغة او بمساعدة متخصصة. ويأخذ الادمان على المواد اشكال مختلفة منها الكحولية والمخدرات والأدوية النفسية المهدئة او المنشطة او المستنشقات الطيارة كالتنر (والآجو) والبنزين، ويضع بعض المختصين التدخين في قائمة المواد الادمانية.

ويسبق عملية الادمان عملية الاعتياد ثم يليها عملية الاعتماد .

ان الغالبية العظمى من المدمنين ينكرون حالة الادمان لديهم، ولذلك فهم لا يقدمون على العلاج بإرادتهم الا عندما يقعون تحت وطأة الآثار الجسدية الشديدة او عندما يتعرضون لمشكلات قانونية .

6- الخلافات الزوجية (Marital Disagreement)

مشكلة أسرية تشير إلى اضطراب العلاقات الزوجية وعدم الاتفاق على أمور معينة أو أمر بعينه. وتأخذ الخلافات الزوجية أشكالاً معينة مثل القسوة الزائدة من قبل احد الزوجين التي قد تصل إلى حد الهجران, وقد تأخذ شكل الغيرة الجامحة على الشريك. ومن المواضيع التي تثير الخلافات بين الزوجين عادةً أسلوب رعاية الأطفال, أو الإهمال المتعمد من قبل احد الزوجين للآخر, أو السلوك الفوضوي لأي منهما, ويعتبر موضوع الخروج من المنزل وزيارة الاماكن والأشخاص من المواضيع التي تثير الكثير من الخلافات الزوجية، كما ان عدم احترام احد الزوجين لأهل وأقارب الزوج الأخر تثير المزيد من الخلافات.

7- الخيانة زوجية (Marital Disloyalty)

الخيانة الزوجية من أخطر المشاكل الأسرية التي تصيب الحياة الزوجية، وهي اكبر مبررات الطلاق. وتعود أسباب هذه المشكلة بالدرجة الأولى إلى نقص القيم الأخلاقية والوازع الديني لدى أحد الزوجين، وهناك عوامل أخرى تساهم في حدوث الخيانة الزوجية مثل عدم كفاءة احد الزوجين وبروده الجنسي, أو التعرض لأسباب الأغراء أو حب المغامرة والتجريب. وقد تحدث الخيانة الزوجية خارج نطاق العائلة أو داخلها مع المحارم.

8- مشكلة سن اليأس (hopelessness age)

وهي مشكلة تمر بها المرأة في منتصف العمر (45-55 سنة) تتميز بتغيرات نفسية وفسيولوجية، يصاحبها توترات وانفعالات القلق والاكتئاب, إضافة إلى ضعف الرغبة الجنسية لدى بعض النساء. ومن الأعراض الشائعة التي تدل على بداية سن اليأس لدى المرأة انخفاض حصول الدورة الشهرية تدريجا حتى تنقطع تماما ، والشعور بالإجهاد دون القيام بأي عمل، والشكوى الصريحة من التوتر, وعدم النوم, وتساقط الدموع بدون سبب ، اضافة إلى زيادة التعرق والسخونة, ومشكلات المسالك البولية, وهشاشة العظام .

9- مشكلة الاب السلبي (Negativ Father)

يلعب الاب دورا تنفيذيا مهما في الاسرة، فهو النموذج والقدوة الحسنة لباقي اعضاء الاسرة، وهو الذي يمتلك القدرة والآلية لتصويب اوضاع الاسرة وتحقيق حاجاتهم، وعليه تعتمد سعادة او شقاء الاسرة وطبيعة التفاعل بها . وقد صدق الشاعر عندما قال :

اذا كان رب البيت للدف ضاربا   فشيمة اهل البيت كله الرقص

ولكن هذه الصورة المثالية والنموذجية لا تتوفر دائما عند جميع الآباء، فقد ميز علماء العلاج الأسري (ليدز Lydz وزملائه) بين خمسة انماط سلبية من الآباء يؤثرون سلبا على جميع افراد الاسرة، ويعيقون اهداف وآمال الاسرة. وهي مرتبة على النحو التالي :

1. نمط الاب العصابي :

يظهر الآباء في هذا النمط سلوكيات جنونية واضحة وكبيرة امام اعضاء الاسرة، ويمتازون بالعزلة الاجتماعية، كما يمتاز ابناء هؤلاء الرجال بانهم ضعفاء جدا من حيث التشبه بنماذج اخرى غير ابائهم ونمذجة تصرفاتهم، فهم يستمرون بشكل يائس في تقليد الخصائص والسلوكيات الغريبة عند آبائهم.

2. نمط الأب المتسلط :

يتميز هذا الاب بفرض سيطرته على جميع افراد الاسرة، ويتعمد اخضاعهم لقراراته وتعليماته، وعادة ما تننشب ازمات خطيرة بينه وبين زوجته، ونتيجة لذلك يفشل مثل هؤلاء الاباء في بناء علاقات منظمة مع زوجاتهم ويلتفتون إلى كسب بناتهم وابنائهم الموالين لهم.

3. **نمط الأب العدواني** :

يتميز هذا النمط من الاباء بالعدوانية الموجهة نحو اطفالهم عندما تنشأ خلافات مع الزوجة، بدلا من توجيه عدوانيتهم نحوها. وهؤلاء الاباء يتركون الابناء لعناية واهتمام الأم، ويشعرون ويتصرفون بنوع من التنافس مع اولادهم بدلا من التصرف كأباء، حيث يقللون من شان تطلعات وانجازات ابنائهم واعاقة تقدمهم وثقتهم بنفسهم.

4. نمط الأب المدمن :

وهذه المجموعة من الآباء يدمنون على واحدة أو اكثر من المواد الادمانية، وهو نمط من الاباء كان قد واجه الفشل في حياته والشقاء في البيت. ويكبر اطفال هؤلاء الآباء في الاسرة وكانهم بدون آباء، فهم قلما يستطيعون النظر أو العناية بهذه الرموز المرضية واشكالها، والتي تتعامل معها الزوجة باحتقار عادةً.

5. نمط الأب الخنوع

يتميز هذا النمط من الآباء بانهم خاضعون ومستجيبون لسيطرة الزوجات، وهم يتصرفون كانهم اطفال بدلا من كونهم آباء، ويتميزون بالمرح والدعابة، وغالبا ما يمارسون دور الامهات في الاسرة بدون مبرر .ان مثل هذا النمط من الاباء يقدم نموذجا والديا ضعيفا من حيث اثبات وجود الشخصية وهويتها.

مراحل واجراءات العملية العلاجية

يسلك المعالج مجموعة من الخطوات تمثل كل منها مرحلة علاجية تتطلب من المعالج مجموعة من الخطوات المهنية و القيام بمهارات محددة . وفيما يلي اهم مراحل العملية العلاجية التي تشكل الملامح الرئيسية للعلاج النفسي :

اولاً: مرحلة الاعداد للعملية العلاجية

تعد مرحلة الاعداد للعملية العلاجية خطوة ضرورية للبدء بعملية العلاج، فبعد استقبال العميل يقوم المعالج بالخطوات الرئيسية التالية:

1- الاستعداد للعمل والتخطيط الدقيق والتحضير المدروس للعملية العلاجية وتهيئة ظروفها ومتطلباتها, مثل المكان المناسب والوقت الكافي, وتوفير وسائل جمع المعلومات والتشخيص والتقييم.

2- اعداد العميل لتقبل الخدمة العلاجية وضمان تعاونه, ويتطلب ذلك تحقيق الالفة والثقة مع العميل في بداية العملية؛ لانه من الصعب على العميل تقبل خدمة من معالج لا يثق به او يألفه, كذلك لا بد ان يتعرف المعالج توقعات العميل ومشاعره حول مستقبل العلاج وأهدافه , وقد تكون هذه التوقعات قليلة او كثيرة.

3- من جوانب الاعداد المهمة في عملية العلاج تنمية مسؤولية العميل من حيث قبول الخدمة العلاجية وتحملها، وان يكون ايجابيا في التعامل مع البرنامج العلاجي، ولابد ان يعلم ان عصب عملية العلاج هو مسؤوليته في التعلم من خبرة العلاج.

4- تحديد عدد الجلسات العلاجية ومدتها مبدئيا، والاتفاق على الوقت والجهد والتكاليف المترتبة على عملية مبدأ السرية.

ثانياً: مرحلة بناء العلاقة العلاجية:

ان بناء العلاقة العلاجية (Psychotherapy relationship) خطوة ضرورية لبناء ثقة العميل، حيث يأتي العميلون للعلاج ولديهم خوف من ثلاثة اشياء عادةً هي :

- الحاجة إلى فهم تفسه اكثر.
- الحاجة إلى التخلص من الانفعالات السلبية.
- التشجيع.

وفي هذه المرحلة يتم بناء علاقة مهنية هادفة بين المعالج والعميل تقوم على الثقة المتبادلة بينهما، ضمن معايير تحدد دور كل منهما ومسؤوليته. وتهدف هذه العلاقة إلى تحقيق الأهداف الخاصة والعامة للعميل، ومساعدته على التعبير عن مشاعره وأفكاره وكيفية مواجهتها، وتعلم مهارات حياتية جديدة يطبقها خارج العلاقة العلاجية لتغيير سلوكه, كما تهدف إلى تنمية التوجه الذاتي لدى العميل. وهناك ميزات تميز العلاقة العلاجية عن غيرها من العلاقات الانسانية أهمها: انها علاقة مهنية لا يجوز ان تتطور إلى علاقة صادقة أو علاقة عاطفية, كما ان التواصل اللفظي وغير اللفظي من قبل المعالج يكون مرتب ومؤقت، حيث يستجيب لأفكار ومشاعر العميل بطريقة واعية وفي الوقت المناسب، بعيداً عن التدخل في أمور العميل الخاصة وفيما لا يعنيه ما لم يطلب منه ذلك. وهناك حد زمني لابد ان تقف عنده العلاقة العلاجية يقدره المعالج حسب مشكلة العميل وشخصيته. فقد حدد برامر

وشوستورم (Brammer & Shostorm, 1982) الابعاد الرئيسية التالية للعلاقة العلاجية :

1- تميز العلاقة العلاجية وعموميتها

تتميز العلاقة العلاجية عن غيرها من العلاقات الانسانية في التقبل غير المشروط للعميل من قبل المعالج . ومن جهة اخرى تعتبر العلاقة العلاجية علاقة عامة تشبه باقي العلاقات الانسانية من حيث انها تهدف إلى اشباع حاجات انسانية أساسية .

2- المحتوى الانفعالي والفكري للعلاقة العلاجية.

تتميز العلاقة العلاجية على متصل يتكون من الجانب الانفعالي الذي يتضمن اهتمام المعالج بحياة العميل، والدخول في عالمه الخاص، وتقديم الدفء والتقبل له، وعلى الجانب الآخر من المتصل يأتي التغيير الذي يتضمن تقدير ما يجب ان يفعله كل من المعالج والعميل بشكل موضوعي .

3- الوضوح والغموض في العلاقة العلاجية

تكون العلاقة العلاجية واضحة عندما يكون المعالج اكثر رسمية وتحديدا للاهداف ويضع حدود للعلاقة العلاجية . في حين تكون العلاقة العلاجية غامضة عندما يترك المعالج العميل ليطرح ما يريد من مواضيع ويسقط حاجاته واهتمامه ومشاعره، عندئذ تفقد العلاقة العلاجية حدودها وتأخذ المناقشة الاجتماعية التي تؤدي إلى شعور العميل بالقلق. ويفضل ان تكون العلاقة العلاجية، كذلك اقل وضوحا وأقل رسمية عندما يكون الهدف من العلاجاستكشاف المشاعر.

4- الثقة وعدم الثقة

تتوفر الثقة في العلاقة العلاجية عندما يكون المعالج كفؤا وفعالا ويتمتع بالصدق والأصالة والتطابق ويتقبل العميل . كذلك عندما تكون الاهداف العلاجية محددة وواضحة وجذابة بالنسبة للعميل عندئذ يثق العميل بالمعالج ويقبل منه المساعدة. وعدم توفر الثقة يؤدي بالعميل إلى رفض المساعدة سيما اذا شعر ان المعالج يرغب في تغيير حياته كلياً.

في حين تكون العلاقة العلاجية سلبية عندما يترك المعالج العميل ليطرح ما يريد من مواضيع ويتيح له اسقاط حاجاته واهتماماته ومشاعره، عندئذ تفقد العلاقة العلاجية حدودها وتأخذ طابع المناقشة الاجتماعية التي تؤدي إلى شعور العميل بالقلق.ويفضل ان تكون العلاقة العلاجية أقل رسمية وأقل وضوحا اذا كان الهدف من العلاجاستكشاف المشاعر، حيث يكون المعالج بمثابة مرآة تنعكس عليها هذه المشاعر.

ان سهولة بناء العلاقة العلاجية يتوقف على عدة متغيرات اهمها: شخصية المعالج واسلوبة واهدافه ومواصفات البيئة العلاجية، ولا شك ان ما يجري في المقابلة الاولى من حديث يعكس هذه المتغيرات. وهناك مهارات أساسية خاصة بمرحلة بناء العلاقة العلاجية سيأتي ذكرها لاحقا (انظر الفصل الثامن). ولا بد في هذه المرحلة ان يعرف المعالج النفسي شيئا عن مشكلة العميل، ومدى ادراكه ووعيه بها ولمن تعود ملكية المشكلة.

ثالثاً : مرحلة تحديد المشكلة :

ان القاعدة الرئيسية في هذه المرحلة هي: ان وعي المعالج والعميل بطبيعة المشكلة يعد خطوة هامة في عملية حلها، وبدون توفر هذا الوعي فان الحل المقترح لا ياتي بالنتائج المرغوبة. فمن الضروري ابتداءا ان يفهم المعالج ويحدد مشكلة العميل قبل الشروع باقتراح الخطة العلاجية، ويقوم هذا الفهم على تحديد طبيعة المشكلة بتحديدها ثم تصنيفها على اساس من التجربة والخبرة.

قد يطرح العميل في هذه المرحلة اكثر من مشكلة أو قضية فبأي مشكلة نبدأ؟

لا بد في هذه الحالة من سؤال العميل وحثه على التركيز على المشكلة التي جاء من اجلها إلى العلاج، والتي يراها اكثر تأثيرا عليه. ومن المفضل ان يستخدم المعالج في هذه المرحلة مهارة السؤال العلاجي التالي في حالة تعدد المشكلات :

- **ما هي المشكلة التي تسبب لك اكثر الانزعاج والألم ؟**

وقد يستخدم اضافة إلى ذلك مهارة الدقة والتحديد. وبناءً على استجابة المعالج يبدأ بالتعامل مع المشكلة المركزية. ومن الضروري معرفة الاهتمامات والقضايا الموجودة في حياة العميل لأن العميل قد يتكلم عن مشكلة واحدة محدودة ولكن مع التقدم في مراحل العلاجقد يظهر الكثير من المشكلات الخطرة، لذلك علينا الحصول على الصورة الواضحة للمشكلة وطبيعتها في بداية العلاجبدلا من ان يفجرها العميل لاحقا أو لا يذكرها اصلا.

خطوات تحديد المشكلة

يتبع المعالج الخطوات التالية لتحديد المشكلة بدقة :

أ. تحديد السياق الذي تحدث فيه المشكلة: و يتضمن ذلك تحديد الافكار والانفعالات والمظاهر السلوكية التي تحدث اثناء المشكلة، عن طريق طرح اسئلة كالآتي :

- هل يمكنك وصف الافكار التي تدور في ذهنك عند حدوث المشكلة ؟(تحديد الافكار).
- اين ومتى يحدث لك هذا ؟ هل تعي أي حوادث تظهر وقت حدوث المشكلة؟ صف بعض المواقف الجديدة التي ظهرت في هذه المشكلة ؟ (تحديد السياق)
- ماذا تشعر عندما تحدث هذه المشكلة؟ (تحديد الانفعالات).

ب. تحديد السوابق واللواحق : يقصد بالسوابق واللواحق الحوادث الداخلية (الافكار والمشاعر)، والاحداث الخارجية التي تعمل على زيادة أو تخفيف المشكلة أو الابقاء عليها مؤقتا؛ فالسوابق هي تلك الحوادث الداخلية والخارجية التي تظهر قبل المشكلة مباشرة وتساعد على استعجالها، في حين ان اللواحق هي الحوادث التي تحدث بعد السلوك المشكل وتؤثر على زيادته أو نقصانه. ويمكن تحديد السوابق واللواحق للمشكلة بطرح اسئلة كلآتي:

- بماذا تشعر قبل حصول المشكلة ؟ (تحديد سوابق إنفعالية).
- ما هي الامور التي تحصل ويبدو انها تؤدي إلى حصول ذلك؟ (تحديد سوابق خارجية).

- بماذا تفكر قبل حصول المشكلة ؟ (تحديد سوابق معرقية).
- ماذا تفعل عادة قبل حدوث ذلك ؟ (تحديد سوابق سلوكية).

ج. تحديد المكاسب الثانوية للسلوك والمشكلة : لا بد من معرفة المكاسب الثانوية التي يحصلها العميل من استمرار المشكلة؛ لأن الخطة العلاجية تهدد عادة هذه المكاسب وتجعل العميل يقاوم العلاج. وتتمثل المكاسب الثانوية عادة بكسب اهتمام الآخرين أو الاشباع الفوري للحاجات، أو تجنب المسؤولية أو كسب المال في بعض المشكلات. ويمكن استخدام الاسئلة التالية من اجل تحديد المكاسب الثانوية للعميل :

- ما الذي يحدث بعد المشكلة وتريد اطالته أو بقاءه ؟
- ما هي ردود فعل الآخرين عندما تفعل ذلك؟

د. تحديد الحلول والاستراتيجيات السابقة المستخدمة :- وهي خطوة ضرورية تجنب المعالج تقديم حلول أو استراتيجيات مجربة اثبتت فشلها وعدم فاعليتها، والتي قد تخلق مشاكل جديدة ويمكن تحديد الحلول السابقة عن طريق طرح اسئلة كالآتي :

- كيف تعاملت مع هذه المشكلة من قبل ؟
- ماذا كانت النتيجة ؟

ما الذي جعلها تنجح ؟ أو لا تنجح؟

هـ تحديد وعي العميل بالمشكلة:- يعني ذلك تحديد أو ادراك العميل لمشكلته ووقوفه نحو طبيعتها واسبابها، ويساعد معرفة ذلك المعالج على تجنب

استخدام استراتيجية قد يقاومها العميل، ويمكن تحديد ادراك العميل عن طريق طرح واحد أو اكثر من الاسئلة التالية:

- صف لي المشكلة بكلمة واحدة ؟
- ماذا تعني لك هذه المشكلة ؟
- كيف تفسر هذه المشكلة ؟

و. تحديد شدة وزمن ودرجة تكرار المشكلة :- يمكن تحديد هذه المعايير من خلال طرح اسئلة مثل:

- هل القلق الذي تعاني منه كثير ام قليل ؟ (تحديد الشدة).
- هل يحدث لك ذلك كل الوقت ام في جزء من الوقت ؟ (تحديد المدة).
- كم مرة يحدث ذلك ؟ (تحديد درجة التكرار).

رابعاً: مرحلة تحديد الاهداف العلاجية

يلي مرحلة بناء العلاقة العلاجية تحديد الاهداف العلاجية:(Goal Limitation) وهي خطوة رئيسية في العملية العلاجية تتضمن تحديد الاهداف العامة للعملية العلاجية، مثل تحقيق الذات وفهمها وذلك بتحقيق قدرات واستعدادات العميل، وتحقيق عملية الاستبصار، ومساعدته على إخراج المكبوتات، وكذلك تحديد الاهداف المبدئية (القابلة للتعديل) مثل ضمان تعاون العميل في العلاج، والالتزام بتقديم المعلومات الضرورية. وتشتمل هذه الخطوة علاوة على ذلك تحديد الاهداف الخاصة والتي تتحدد عن طريق الاجابة عن السؤال (لماذا جاء العميل؟ وماذا يريد؟). ومن أهم الاهداف الخاصة التي يسعى المعالج إلى تحقيقها هو حل مشكلة العميل الراهنة، وذلك من خلال علاقة علاجية ناجحة. ولابد للمعالج ان يعرف

الهدف بدقة ووضوح ويتعرف كل من المعالج والعميل على مسؤوليته ازاءه. وقد يكون للعميل اهداف خاصة اخرى يجب تحديدها ومعرفتها منذ البداية. ولا بد ان يتجنب المعالج الخلط بين اهداف العلاج النفسي العامة، وبين اهداف عملية العلاج الخاصة بكل عميل على حدة. وهناك خطوات رئيسية يتبعها المعالج في عملية تحديد الاهداف العلاجية أهمها :

- تحديد السلوكيات والاجراءات التي على العميل ان يفهمها بالتفصيل كنتيجة للعملية العلاجية .

- تحديد الظروف التي سيحدث بها السلوك المرغوب (اين ومتى ومع من سيظهر هذا السلوك؟).

- تحديد مستوى الهدف النهائي بناءً على مستوى المشكلة الحالي.

- جدولة اهداف فرعية صغيرة تقود إلى الهدف النهائي.

- تحديد العوائق التي يمكن ان تعيق تحقيق الهدف، سواء اكان سلوكاً ظاهراً أو داخلي (افكار ومشاعر).

- تحديد المصادر الشخصية لدى العميل والمهارات التكيفية المتوفرة لديه، مثل مهارة حل المشكلات أو مهارة الحديث الذاتي أو مهارة الضبط الذات، وكذلك تحديد نقاط القوة لديه والتأكيد عليها حيث يفيد ذلك في تخطيط الاستراتيجية المناسبة .

- تحديد مدى استعدادالعميل لتحقيق الهدف أو الاهداف العلاجية.

خامسا: تحديد مستقبل المشكلة (Prognosis)

وهوجزء رئيسي من العملية العلاجية يتناول فيه المعالج تحديد مستقبل المشكلة او الاضطراب الذي يشكو منه العميل، وذلك في ضوء الفحص الذي يتناول ماضي وحاضر العميل والمشكلة؛ أي التنبؤ بمستقبل حالة العميل ومدى النجاح المحتمل.

وتهدف هذه الخطوة إلى توجيه عملية العلاجفي ضوء المستقبل المتوقع، وتحديد انسب الطرق العلاجية، وتحديد حد مرن للنجاح. ويكون مستقبل الحالة مبشر اذا كانت المشكلة حادة ومفاجئة وحديثة، وعرفت الاسباب المهيئة بدقة وعرف سبب مرسب محدد، وكذلك اذا كانت المكاسب الاولية والثانوية للمشكلة قليلة، وكان تشخيص المشكلة دقيقاً. وهناك عوامل تساعد على التنبؤ الايجابي بمستقبل الحالة لها علاقة بشخصية العميل مثل: الذكاء والبصيرة ووجود تاريخ من التوافق العام في مجالات الحياة ، واذا كانت بيئته الاجتماعية والأسرية بعد العملية العلاجية افضل.

سادسا: اختيار الاستراتيجية المناسبة

تختلف الاستراتيجيات العلاجية من حيث مبادئها وإجراءاتها والمشكلات التي تتناولها، وعلى المعالج ان يلم بجميع الاستراتيجيات ويختار الاستراتيجية المناسبة لكل حالة علاجية. وينبغي عليه ان يتقيد باستخدام استراتيجية محدودة دون غيرها . وقد حدد (Cormmer) مجموعة من المعايير التي يختار المعالج بموجبها الاستراتيجية العلاجية المناسبة وهي :

1- **طبيعة المشكلة :** وهو اهم معيار فتحديد طبيعة المشكلة يحدد حلها والاستراتيجية الملائمة، ولا بد ان يعرف المعالج طبيعة نظم الاستجابات المعرفية والانفعالية والسلوكية الظاهرة المرتبطة بالمشكلة، فمثلا العميل الذي يعاني من تدني تحصيل طاريء في جميع المواد الدراسية وعند تحديد المشكلة تبين انه لا يدرس، فانه في هذه الحالة يحتاج إلى تدريب على المهارات الأساسية، ولكن اذا تبين انه يدرس باستمرار ولكن عند الامتحان يصاب بالقلق فعندئذ نختار استراتيجية تقليل الحساسية التدريجي أو اعادة البناء المعرفي ...إلخ. وهكذا يجب ان تناسب الاستراتيجية نظم الاستجابات المختلفة لدى العميل.

2- **طبيعة وتفضيلات العميل وتفضيلاته :** تفضيل استخدام الاستراتيجيات الملائمة لتفضيلات واهتمامات وسمات العميل الشخصية. فمثلاً قد لا ينجح استخدام استراتيجية تقليل الحساسية التدريجي التي تقوم على مهارة التخيل مع عميل لديه قدرة محدودة على التخيل، في حين قد تناسبه استراتيجية النمذجة بالمشاركة .

3- العوامل البيئية : تتضمن العوامل البيئية تلك الخاصة ببيئة العلاجمثل الوقت والتكلفة وتوفر الاجهزة والأدوات العلاجية، فمثلا لا يمكن اختيار استراتيجية الاسترخاء العضلي في غرفة علاج لا يتوفر فيها اريكة. وكذلك العوامل الخاصة ببيئة العميل مثل مدى توفر شبكة الدعم الاجتماعي (الاهل، الاقارب،الاصدقاء)، ومدى توفر معززات البيئة.

4- **طبيعة الاهداف العلاجية :** ان الاهداف العلاجية سواء كانت عامة كتحقيق الصحة النفسية والتكيف لدى العميل، او خاصة بعميل معين فانها

تتفرع إلى نوعين: فإما ان يكون الهدف يتعلق باختيار من بين عدة بدائل او تغير سلوك زيادة او تقصان. فعندما يكون الهدف من العملية العلاجية يتعلق بالاختيار، كان يرغب العميل باختيار تخصص دراسي مناسب لعدة تخصصات، فانه يفضل استخدام استراتيجيات تعتمد على التعليم وتقديم المعلومات وحل الصراعات ولعب الدور والحوار الجشطاتي ، اما اذا كان الهدف العلاجي يرتبط بالتغير فالافضل استخدام استراتيجيات مثل: تقليل الحساسية التدريجي واعادة البناء المعرفي والنمذجة وتشكيل السلوك ومراقبة الذات. وعند اختيار الاستراتيجية لا بد ان يزود المعالج العميل بمعلومات حول الاستراتيجية التي ينوي استخدامها معه. ومن هذه المعلومات نذكر ما يلي :

ا- وصف مختصر للاستراتيجيات المفيدة في التعامل مع العميل، ومع مشكلته الخاصة بالذات.

ب- تقديم تبرير لكل اجراء من اجراءات الاستراتيجية المختارة وبماذا يفيد.

ج- وصف الدور لكل من المعالج والعميل في كل اجراء.

د- المخاطر والمكاسب التي يتوقع ان تظهر تنيجة لكل اجراء .

هـ-المكاسب المتوقعة لكل اجراء.

و- الوقت والتكلفة المقدرة لكل اجراء.

ويفضل اخد موافقة العميل باستخدام الاستراتيجية، او موافقة ولي امره اذا كان قاصراً.

سابعاً : تنفيذ الاستراتيجية العلاجية

قبل تطبيق الاستراتيجية العلاجية على المعالج ان يقوم بتحديد الخط القاعدي للسلوك والافكار والمشاعر الحالية والمرتبطة بالمشكلة، ويتضمن ذلك تحديد كميتها وعدد مرات حدوثها في اليوم والمدة الزمنية التي تستغرقها هذه الاستجابات وشدتها إلى غير ذلك من المعايير؛ حتى يتمكن من قياس نسبة التحسن لدى لعميل عن طريق المعلومات المتوفرة (الخط القاعدي). واي كانت الاستراتيجية العلاجية التي يستخدمها المعالج فانه ينبغي ان تحقق الاهداف العلاجية التالية:

- تعديل وتغيير سلوك العميل اللاتكيفي وتعليمه عادات صحيحة.
- تحقيق الوعي والاستبصار لدى العميل.
- النمو وتغيير الشخصية نحو التكامل والاستقلال والضبط ويشمل ذلك تغيير البناء الوظيفي والبناء الدينامي للشخصية.
- اتخاذ القرارات اذ لا بد في نهاية هذه المرحلة ان يتخذها العميل والتي تساعده على حل مشكلاته.

وفيما يتعلق بتوقيت البدء بتطبيق وتنفيذ الاستراتيجية فانه يتوقف على توافرها اربعة شروط أساسية هي :

أ. توثيق العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل، ويدل على ذلك استجابات المعالج نحو العميل وتفهمه للعملية العلاجية.

ب. عندما يتم تحديد المشكلة بدقة من قبل المعالج والعميل و تحديد الظروف التي تساهم في استمرارها.

ج. عندما تكون الاهداف العلاجية محددة وواضحة.

د. عندما يكون العميل مستعدا للعمل العلاجي وملتزماً بالخطة العلاجية .

هـ عندما يظهرالعميل بعض الاستبصار بالنتائج الايجابية للتغيير، ويدلي بعبارات تؤكد استعداده لتغيير تفكيره للافضل.

ثامناً : تقييم العملية العلاجية

لا يمكن تجاوز مرحلة التقييم في العملية العلاجية، وذلك لأهميتها في الكشف عن مدى فاعلية الخطة العلاجية المطبقة من جهة، وفاعلية المعالج ومدى التحسن والتغير لدى العميل من جهة اخرى . وفيما يتعلق بالعنصر الأول فان تقييم فاعلية الخطة العلاجية يهدف إلى الكشف عن مدى فاعليتها في تحقيق الاهداف العلاجية المرجوة، والتعرف على افضل الاستراتيجيات العلاجية للتعامل مع المشكلات المختلفة . ويتم تقييم الاستراتيجية العلاجية عن طريق الدراسات التجريبية لمقارنة نتائج الاستراتيجيات المختلفة ،ويتم ذلك باستخدام مجموعتين متجانستين في الخصائص والسمات من العملاء احدهما تجريبية طبقت عليها الاستراتيجية والأخرى مجموعة ضابطة لم تطبق عليها الاستراتيجية، ونقارن بين نتائج التطبيق في كلا المجموعتين .

اما تقييم فاعلية المعالج فيتضمن وضع المعالج لرأيه وحكمه على العمل ومستوى الخدمة العلاجية التي قدمها. ويتم ذلك في ضوء القيمة

الكمية والكيفية للتغير الشخصي لدى العميل جراء عملية العلاج. ويستفيد المعالجين من عملية التقييم الذاتي في التحقق من مدى توفر المهارات العلاجية اللازمة للعمل العلاجي، ومساعدته في اتخاذ القرار حول تحسين وتكييف هذه المهارات والاستراتيجيات او تغيرها في حالة تعثر العملية العلاجية. وقد يطلب المعالج من العميل تقييمه على اربعة ابعاد معينة مثل:

القوة (قوي – ضعيف).

النشاط (نشيط – خامل).

المظهر (حسن – رديء).

المهارة (كفؤ – مبتدئ).

وقد يقوم المعالج بتطبيق اختبار خاص على نفسه يقيس درجة الاحتراق الوظيفي لديه، ومن اشهر الاختبارات في هذا المجال اختبار (جلدر) للاحتراق النفسي .اما العنصر الأخير في عملية التقييم فيشمل تقييم مدى تحسن العميل وتحقيقه لأهدافه وحل مشكلاته. ويستخدم المعالج من اجل تقييم هذه الجوانب وسائل عدة منها :

- **التقرير الذاتي :** حيث يطلب المعالج من العميل كتابة تقرير عن مدى تقدم حالته نتيجة للعلاج بشكل دوري، أو في نهاية عملية العلاج

- **مقاييس التقدير :** وهي مقاييس تحتوي على بيانات ومعلومات شخصية ومشكلات تأخذ درجات وأوزان مختلفة ويطلب من العميل تقدير مدى التغيير على درجات هذه المقاييس.

- استخدام الاختبارات البعدية والقبلية واحتساب معامل الارتباط بينهما، والذي يفترض ان يكون قليلا في حالة نجاح العملية العلاجية .

- الرجوع إلى الخط القاعدي الذي رسمه المعالج في المراحل الأولى للعملية العلاجية .

تاسعاً: انهاء العملية العلاجية

عندما تنتهي مرحلة تقييم العملية العلاجية بنجاح فان المرحلة النهائية للعملية العلاجية تكون انهاء العلاج. ويتم تحديد هذه المرحلة بتحقيق اهداف العملية العلاجية وشعور العميل بقدرته على الاستقلال والثقة بالنفس والقدرة على حل مشكلاته وتحقيق الصحة النفسية. ومن البديهي ان زمن عملية العلاجغير محدد فقد تتنهى العملية في جلسة واحدة ، وقد تستغرق اسبوعا وقد تستغرق شهراً، وقد تمتد إلى سنة او اكثر. ويتوقف زمن عملية العلاجعلى عدة متغيرات اهمها: نوع المشكلة وحدتها وشخصية وتجاوب العميل، والمعالج وطريقته في العلاج. وتحتاج عملية انهاء العلاج الى تطمين العميل على انه سيكون هناك عملية متابعة للتأكد من الشفاء وتحقيق الصحة النفسية، وانه يستطيع ان يعود في اي وقت يشعر فيه للحاجة إلى الاستشارة النفسية. وهذا ما يعرف بسياسة الباب المفتوح (Opendoor). ومن الطرق الفعالة لانهاء العملية العلاجية تلخيص نتائج العملية العلاجية وأهدافها والانجازات التي حققها العميل، وقد يطلب المعالج من العميل كتابة هذه الأمور بيده، وقد يستخدم المعالج طريقة الاحالة كوسيلة لانهاء العملية العلاجية، خاصة عندما يكون هناك اهداف مستحيلة التحقيق اما لنقص

الامكانات الفنية أو المعرفية لدى المعالج، أو لأن العميل غير راغب في العمل مع المعالج .

عاشراً: المتابعة (Follow-up)

وهي المرحلة الاخيرة من مراحل العملية العلاجية وتتضمن تتبع مدى تحسن حالة العميل وما تم انجازه من حلول وقرارات. وتهدف عملية المتابعة إلى معرفة مدى استفادة العميل من خبرة العلاج. وتعتبر المتابعة ضرورية حيث ان العميل يحتاج إلى المزيد من المساعدة والتشجيع بين الحين والأخر, وذلك لمنع احتمال الانتكاس بسبب البيئة الاجتماعية.

ولابد من لفت نظر العميل إلى عملية المتابعة منذ بداية عملية العلاج،وهناك مجموعة من الوسائل يستخدمها المعالج في متابعة العميل مثل: الاتصال هاتفياً، أو بالبريد العادي أو الالكتروني، أو المقابلة الشخصية، وقد يتم استخدام التقارير الذاتية التي يكتبها العميل عن تطور حالته. وقد تتم عملية المتابعة عن طريق الأهل أو المؤسسة التي يلتحق بها العميل، وذلك بعد اخذ موافقته.

المقاومة في العملية العلاجية

يشير مفهوم المقاومة في العملية العلاجية إلى قوى لا شعورية تدفع العميل إلى تأجيل الانخراط في العملية العلاجية، أو تعطيل اهدافها لاسيما الاستبصار بالصراعات واخراج المكبوتات التي يخرجها العلاجأو العلاج النفسي على السطح .

اسباب المقاومة

هناك عدة اسباب تقود العميل إلى مقاومة العملية العلاجية اهمها واكثرها شيوعا ما يلي :

- كراهية بعض العملاء لأن يكونوا عميلين، وذلك بسبب معادلتهم العلاج النفسي بالطب النفسي، حيث يعتقدون ان خدمات العلاجتقتصر على الشواذ والفاشلين وان المشاكل النفسية لا بد ان تحل في اطار اسري أو شخصي.

- وجود مجموعة من السلوكيات والافكار والمشاعر المخيفة أو المخجلة التي يخشى العميل من مواجهتها .

- وجود مكاسب ثانوية ورغبة العميل في البقاء مريضاً، لتدمير ذاته لا شعوريا.

اعراض المقاومة

تختلف اعراض المقاومة من عميل لآخر وتأخذ اشكالا كثيرة الا انه يمكن تصنيفها إلى اربعة انواع من الاعراض هي :

1) اعراض لفظية : وتتمثل في استرسال العميل في حديث حول موضوع محدد دون غيره بهدف البعد عن الحديث حول المشكلة الأساسية، أو طرح العميل اسئلة في غير السياق لتجنب الحديث عن المشكلة، وقد يعاني من اللجلجة أو البطء أو التوقف أو الصمت .

2) اعراض إنفعالية : وتتضمن استجابات إنفعالية تتمثل في الانكار أو التبرير أو ادعاء الشفاء والتحسن أو النسيان أو الملل . ويدل على الملل اللعب بازرار القميص أو الالبسة أو اللعب باجزاء الجسم أو الرسم او الكتابة العفوية .

3) اعراض معرفية : وتشمل معارضة العميل للمعالج في ميدان عمله، وادعاء المعرفة بالعلاج، وقد يبدي العميل القبول التام لكل ما يقوله المعالج أو العكس وربما يعبر عن افكار سلبية وتشاؤمية حول نجاح العملية العلاجية في حل مشكلته.

4) اعراض سلوكية : وتتمثل في مقاطعة الجلسات العلاجية والتوقف عن متابعة العلاجكليا، أو تأجيل الجلسات العلاجية أو الاعتذار عنها أو التأخير عنها، كما يمثل نقص المعرفة والمهارات اللازمة لنجاح الاستراتيجيات العلاجية عرض سلوكي هام من اعراض المقاومة.

استراتيجيات ادارة المقاومة

عند ظهور أي من اعراض المقاومة السابقة لا بد ان يتبع المعالج النفسي الاجراءات التالية:

- التعامل مع المقاومة على انها شيء طبيعي لاسيما المقاومة المعتدلة، وتشجيع العميل على النظر إلى الجانب الايجابي من المقاومة، على افتراض انها وسيلة لاثبات ذات العميل وحمايته، حيث ان العملاء لا يكشفون ذواتهم دفعة واحدة في بداية العلاج.

- مساعدة العميل في الحصول على المكافئات البيئية والذاتية المناسبة عند قيامه بتنفيذ الواجبات والتدرب على المهارات المطلوبة منه، ولا بد من تحديد المكافئات بناء على رغبات واهتمامات العميل.

- لابد ان يطور المعالج وعيه بمقاومته كمعالج للنمو والتطور، و بطرق تعامله مع هذه المقاومة ومناقشة هذه الطرق مع العميل على المستوى الفكري.

- توضيح المفاهيم المرتبطة بالاستراتيجيات العلاجية للعميل وتدريبه على المهارات اللازمة خلال الجلسة، قبل اعطاؤه الواجبات المنزلية ونقل اثر التعليم.

- التقبل لمقاومة العميل البسيطة .

- حث العميل على المشاركة في جميع مراحل العلاج.

- استخدام مهارات التواصل الفعالة.

الاستراتيجيات العلاجية السلوكية

يستخدم المعالج السلوكي طيفاً واسعاً من الاستراتيجيات. فقد يستخدم استراتيجية واحدة محددة لعلاج مشكلة مركبة ذات ابعاد مختلفة، او يستخدم توليفة من الاستراتيجيات العلاجية لعلاج مشكلة سلوكية محددة وهذا ما سيتضح لنا عند عرض الاستراتيجيات التالية:-

اولاً : استراتيجية تعديل السلوك(Behavior Modification)

هي اجراء علاجي وعلاجي يعتمد على مبادئ الاشراط الكلاسيكي والاشراط الاجرائي (مبادئ التعلم)، ويتضمن مجموعة من الاجراءات التي تنبثق من قوانين السلوك البشري والتي تصف العلاقات الوظيفية بين المتغيرات البيئية والسلوك ، بهدف ضبط المتغيرات المسؤولة عن السلوك الخاطيء وتحقيق الاهداف المتمثلة في تغيير السلوكيات ذات الاهمية الاجتماعية على نحو مرغوب فيه.ويعتبر كل من (كرومبولتز وثيرستون وجوزيف ولبي وآرنولد لازاروس وسكنر وباندورا) من رواد تعديل السلوك البشري ، وهم من اكثر السلوكيين استخداما لهذه الاستراتيجية ،وقد افادوا ان هذه الاستراتيجية تقوم اساسا على اجراءات ومباديء التعلم الشرطي التالية:

الاشراط الاجرائي (Operant Conditioning)

وهي طريقة لدراسة تعلم السلوكيات تقوم على مبادئ التعزيز والتعميم والتميز لدى الفرد. وقد ابتكرها عالم النفس الأمريكي سكنر، الذي افترض ان السلوكيات البشرية محكومة بنتائجها. وقال بان مبادئ الاشراط الاجرائي تصف العلاقة بين السلوك وأحداث البيئة المختلفة (المثير السابق- النتيجة)، وهذه المعادلة هي المسؤولة عن التغيير والتعديل في السلوك البشري. ان كلمة اجرائي مشتقة من كون الفرد المتعلم في حالة السلوك الاجرائي يقوم بإجراء (سلوك) معين في البيئة من حوله، فمثلا الذهاب مكان باب المنزل عند سماع الجرس وفتح الباب بالمفتاح هي اعمال اجرائية تقود إلى استقبال الطارق (الضيف).

ان احد اهم مبادئ الاشراط الاجرائي هي :- ضبط المثير(Stimulus Control) والذي يتضمن تطوير علاقة بين مثير معين واستجابة معينة من خلال ازالة جميع المثيرات التي ترتبط بتلك الاستجابة، وإزالة جميع الاستجابات التي ترتبط بذلك المثير. ويستخدم هذا المبدأ بفاعلية مع مشكلات تسببها مثيرات بيئية مثال:

مشكلة التشتت (كاستجابة) ناتجة عن ضجيج السيارات (كمثير) بالنسبة لطلبة المدارس، فيكون ضبط المثير اغلاق جميع نوافذ غرفة الصف والباب لتقليل الاصوات المنبعثة من الشارع.

الاشراط الكلاسيكي (Classic Conditioning)

مفهوم اساسي في العلاجات السلوكية يشير إلى احدى طرق التعلم عن طريق اقتران مثيرات محايدة بمثيرات طبيعية، بحيث يصبح لهذه المثيرات المحايدة القدرة على اجترار السلوك الانعكاسي او ما يسمى بالسلوك الاستجابي نتيجة تكرار الاقتران بين المثيرات المحايدة والمثيرات الطبيعية لعدة مرات. وأفضل تجربة صممت للتأكد من فاعلية هذا الاسلوب هي تلك التي قام بها عالم الفسيولوجيا الروسي ايفان بافلوف، الذي توصل إلى ان المثير المحايد (الشرطي) المتمثل بالجرس عندما اقترن بالمثير الطبيعي (الطعام) عدة مرات، اصبح المثير المحايد وحده قادرا على اجترار استجابة سيلان اللعاب دون حاجة إلى تقديم الطعام واعتبر هذه الاستجابة هي استجابة متعلمة محكومة بمثيرات سابقة . وعكس الاشراط الكلاسيكي هو الاشراط الاجرائي علما بانهما يشتركان في بعض مبادئ التعلم.

تمييز مثيرات (Stimulus Discrimination)

مبدأ أساسي من مبادئ تعديل السلوك تتضمن فكرته الأساسية انه عندما نقدم مثيراً محدداً تحدث له عدة استجابات. فإذا ما عززنا إحدى هذه الاستجابات دون الأخرى في موقف ما دون غيره، فان هذا التعزيز يعمل على إيجاد تمييز لدى الفرد لهذه الاستجابات ومثيراتها ويتصرف على النحو المطلوب كلما وجد هذا المثير ويتصرف بطريقة أخرى إذا وجد مثيراً مختلفاً وعند ذلك يكون قد حدث التمييز.ان عملية التمييز هذه هي العملية المتممة لعملية التعميم فإذا كان التعميم هو رد لفعل عند وجود تشابه بين المثيرات,

فان التمييز يمثل رد الفعل عند وجود اختلاف بين المثيرات. وعملية التمييز تحدث عن طريق التعزيز التفاضلي .

التعميم (Generalization)

مبدأ رئيسي من مبادئ التعلم يتضمن استجابة الفرد لمثيرات مشابهة للمثيرات الاصلية التي تستجر هذه الاستجابة. ويميز السلوكيون بين نوعين من التعميم هما:

- (تعميم المثير) : والذي يشير إلى ان الاستجابة التي عززت في وضع معين ستكون اكثر حدوثا في نفس ذلك الوضع او الاوضاع المشابهة له، وضبط السلوك عن طريق مثير مقدم مشترك مع مثيرات اخرى بنفس الخاصية، مثل تعميم استجابة الخوف لدى الطفل من الطبيب او طبيب الاسنان والممرضة وكل شخص يلبس مريولاً ابيض.

- (تعميم الاستجابة) : ويشير إلى ان تعزيز استجابة معينة قد يؤدي إلى حدوث استجابة مشابهة، فعندما نعزز الطفل على سلوك ترتيب فراشه فان هناك احتمال كبير ان يقوم بسلوكيات تعاون مشابهة في المنزل، مثل مساعدة والدته في بعض أعمال التنظيف .

مثال على تعميم الاستجابة.

استجابة الجلد الجلفاني(Galvanic Skin Respons) وهي حالة من الاشراط يتم فيها احداث اقتران بين نغمة موسيقية بذبذبة معينة، وبين صدمة كهربائية خفيفة للجلد كمثير شرطي، ومع تكرار تقديم نغمات موسيقية من ذبذبات مختلفة (ادنى أو اعلى من الذبذبة الاصلية) فان

استجابة الجلد للصدمة الكهربائية الخفيفة تتضاءل بشكل ملحوظ وتسمى هذه الظاهرة بمنحدر التعميم .

الانطفاء(Extension)

وقد تم الحديث عنه سابقاً.

العقاب(Punishment)

وهواحد الاجراءات السلوكية المستخدمة في تعديل السلوكيات غير المرغوبة، ويتضمن هذا الاجراء تقديم مثير منفر (عقاب سلبي) او ازالة معزز ايجابي (عقاب ايجابي)، وذلك بعد حدوث الاستجابة غير المرغوبة فورا، الامر الذي يقلل من احتمال حدوث السلوك غير المرغوب في المستقبل. ولا بد من التدريب على السلوك البديل للسلوك غير المرغوب حتى يحل محله، وتعزيز الاستجابات التي تتعارض مع الاستجابات المعاقبة .ومن أهم الآثار الجانبية لاستخدام العقاب شدة الاستجابة الإنفعالية للشخص الذي يتلقى العقاب, وتجنبه وسيلة العقاب, وتقليد اسلوب العقاب وممارسته على الآخرين. ويأخذ العقاب عادة عدة اشكال اهمها:

1- **العزل:**

وهو اجراء عقابي يتضمن عزل الفرد لفترة زمنية محددة في بيئة تكون اقل تعزيزا، كغرفة خالية من المثيرات الحسية وذلك عقب قيامه بالسلوك غير المرغوب .و يقسم العزل إلى نوعين هما:

ا- العزل عن البيئة المعززة نهائياً.

ب- العزل عن المشاركة في النشاطات الممتعة مع بقائه في البيئة المعززة (الخطيب،ص.271).

2- **تكلفة الاستجابة:**

شكل من اشكال العقاب يشتمل على أخذ كمية معينة من المعززات التي تكون بحوزة الفرد بعد قيامه بالسلوك غير المرغوب فيه مباشرة ،مع العلم انه يجب الاتفاق على كل شيء يتعلق بهذا الاجراء مع العميل - بالنسبة للسلوك المرغوب والسلوك غير المرغوب - . ومن حسنات هذا الاسلوب انه سهل التطبيق وقوي الفاعلية.

3- **التوبيخ :**

وهو اجراء عقابي شائع يشتمل على التعبير عن عدم الموافقةعلى سلوك الفرد وقد يكون التوبيخ لفظياً او غير لفظي كقول كلمة اسكت او من خلا ل ايماءات الوجه. وهو ذو فاعلية كبيرة اذا استعمل بانتظام وبشكل صحيح.

4- الممارسة السلبية (Negative Practic) :

إجراء سلوكي عقابي يستخدم لتقليل السلوك غير المرغوب يشتمل على اجبارالفرد تكلفا بتأدية السلوك الخاطئ بشكل متكرر، خلال مدة يحددها المعالج. ويقوم هذا الاجراء على فكرة ان تكرار الفرد للسلوك غير المرغوب وفي وضع غير مريح يجعله يشعر بالتعب, وهكذا تتولد لديه النزعة للامتناع عن القيام بهذا السلوك مستقبلاً.

5- التصحيح الزائد (Over Correction)

اجراء عقابي يشتمل على خطوتين رئيسيتين هما:

(1) تكليف الفرد بإعادة الوضع إلى افضل مما كان عليه قبل حدوث السلوك غير المرغوب، وذلك عن طريق ازالة أي اضرار سببها السلوك غير المرغوب في البيئة.

(2) الممارسة الايجابية لسلوك مناقض للسلوك المراد تقليله.

ان العامل الحاسم في التصحيح الزائد هو عدم تعزيز الفرد اثناء تأديته للسلوكيات المطلوبة منه، ويجب ان تكون مدة تأدية الاعمال مدة طويلة حتى تصبح هذه الاعمال مزعجة للفرد.

تشكيل السلوك (Behavior Shaping)

اجراء سلوكي علاجي تقسم بموجبه السلوكيات المركبة إلى سلوكيات بسيطة تؤدي إلى السلوك المركب، ثم تعزز السلوكيات البسيطة بالتدريج مع مراعاة عدم تعزيز السلوكيات التي لا ترتبط بالهدف السلوكي حتى تختفي، ونستمر بذلك حتى نصل إلى تشكيل السلوك النهائي. فالتشكيل يهدف إلى ايجاد سلوكيات جديدة لدى الفرد مع التعزيز المباشر للاستجابات التي تؤدي إلى الهدف النهائي، وهذا ما يميزه عن استراتيجية التسلسل الذي يستخدم خلالها المعالج سلوكيات موجودة في الذخيرة السلوكية للفرد، وتكون فيه المحاولات عادة واضحة .

تسلسل السلوك (Behavior Sequence)

إجراء سلوكي يتم من خلاله تعديل السلوك، ويتم فيه تقسيم السلوك إلى سلسلة متعاقبة من الاستجابات، حيث تكون هذه الاستجابات مأخوذة من الذخيرة السلوكيـة للفرد ولكنها تنظم وتنتقى لتشكيل سلوك محدد هو السلوك المطلوب. ويجب ان ترتب السلسلة السلوكية بحيث تسبق الاستجابات الابسط الاستجابات الاكثر تعقيدا، والسلوك الذي يسبق التعزيز يصبح بمثابة اشارة أي انه يصبح مثيراً تفاضلياً، وهذا يزيد من احتمال حدوث السلوك فيثبت السلوك السابق ويعزز السلوك اللاحق، فمثلا من خلال اسلوب التسلسل يمكن تعليم العميل ورفع قدراته الدراسية، بحيث تجزأ الاهداف الدراسية إلى اهداف بسيطة يتم من خلالها التعامل مع العميل في عدة مراحل وفي كل نجاح يحققه يتلقى تعزيزاً محدداً كالابتسامة, والتشجيع, والثناء, مما يؤدي بالمحصلة النهائية إلى تطور قدراته الدراسية.

التلقين (Inculcation)

احد أساليب تعديل السلوك التي تعتمد على التلميحات اللغوية واليدوية لتسهيل تطوير السلوك, وهو بمثابة تعزيز تفاضلي للسلوك. ويأخذ التلقين اشكالاً عديدة مثل مراقبة نموذج أثناء قيامه بالسلوك المطلوب، اللمس، الإيماءات الجسدية, وتعليم الطفل لغويا.وللتلقين اهمية كبيرة في إجراء أسلوبين؛ التسلسل والتشكيل مع ملاحظة ان إلغاء التلقين باكرا قد يؤدي إلى عدم استمرار ظهور السلوك ،وتخفيض التلقين يتم في المراحل النهائية من اجراءات التشكيل. فمثلا التلقين المستخدم في تشكيل سلوك

الاكل بالملعقة لطفل معوق يكون حسب التسلسل التالي: امساك اصابعه – امساك يده – امساك ذراعه – امساك كتفه – تلقينه لفظيا.

النمذجة (Modeling)

تشير النمذجة إلى تعلم الفرد السلوك من خلال مراقبته سلوك فرد أخر – نموذج – وهي عملية تعتمد بشكل أساسي على الملاحظة والانتباه ومستوى الإثارة في النموذج ، ويتطلب ذلك من الفرد – المتلقي – ترجمة السلوك النموذج إلى سلوك صريح . ويحتاج من اجل ذلك إلى القدرة العقلية والبدنية، كما يحتاج إلى مجال بيئي يتيح له نمذجة السلوك المرغوب، وتقديم تغذية راجعة تتضمن التعزيز الخارجي والتعزيز الذاتي.وقد تكون النمذجة رمزية أو حية أو نمذجة بالمشاركة. وحتى تتم عملية النمذجة بدقة ونجاح لابد ان يكون هناك تشابه نسبي بين النموذج والشخص من حيث القدرات والجنس والعمر، وقد تستخدم النمذجة كأسلوب تعديل مستقل او كجزء من استراتيجية علاجية معينة.

تعزيز السلوك المرغوب (Reinforcement)

من ناحية علاجية وعلاجية يعتبر التعزيز المبدأ الذي يشكل حجر الاساس في ميدان تعديل السلوك البشري. وهو يشير إلى عملية تعلم تشمل تقديم او ازالة مثير معين بعد حدوث الاستجابة المرغوبة، الأمر الذي يؤدي إلى تقوية تلك الاستجابة. ويسمى المثير الذي يعمل على زيادة احتمالات حدوث السلوك معززاً، ويسمى معززاً موجبا اذا ادى ظهوره إلى تقوية السلوك في حين يسمى المثير الذي يؤدي اختفاؤه إلى تقوية السلوك بالمعزز السالب. ويعتبر التعزيز في بعض الحالات اجراءً مستقلاً يؤدي فيه حدوث

السلوك إلى توابع ايجابية او ازالة توابع سلبية مستقبلا. ويترتب على ذلك الشيء زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة، ويفترض خبراء تعديل السلوك البشري ان التعزيز يقوي الميل او الاستعداد لتكرار الاستجابة.

ويطلق السلوكيون على الحالة التي يفقد فيها المعزز قيمته التعزيزية نتيجة لحصول الفرد على كمية كبيرة منه في فترة زمنية قصيرة حالة الاشباع (Satisfaction)، ولتلافي هذه الحالة اهتم سكنر بجداول التعزيز وبأهميتها في تعديل السلوك واكتساب عادات جديدة .وهناك اشكال عديدة من التعزيز اهمها:

(1) التعزيز الايجابي المادي مثل الطعام والشراب، والمعززات الاصطناعية مثل: لوحة النجوم وما يترتب عليها من مكافآت مادية واجتماعية مثل: الأقلام والألعاب أو النشاطات التي يحبها الفرد والابتسامة والتقبيل والانتباه. او التعزيز اللفظي مثل: الثناء, وهي معززات لها حسنات كثيرة مع انها مثيرات طبيعية. وترتبط هذه المعززات بالحاجات الأساسية لدى الفرد. وقد لا ينجح استخدام هذا النوع من المعززات دائما لأن الاشباع يحدث فيها بسرعة.

(2) التعزيز السلبي الذي يتضمن ازالة مثير بغيض او مؤلم. وقد يحتوي المثير المنفر على مثيرات مثل الضجيج، او العزل،، او الصدمة الكهربائية ويقدم قبل الاستجابة المرغوبة ويُزال اثناء القيام بالسلوك المرغوب. ويستخدم المعالج السلوكي نوعين من المعززات في هذا النوع من التعزيز هما :

- المعززات الأولية: وهي التي تقوي بطبيعتها السلوك دون خبرة سابقة او تعلم، لذا تسمى المعززات غير الشرطية.وتعتمد على الاستجابة غير المتعلمة مثل الصدمة والصوت العالي.

- المعززات الثانوية: وهي التي تأخذ قيمتها التنفيرية من جراء الارتباط مع موقف تنفيري مثل الشتم، وتكون الاستجابة لمثل هذه المثيرات هروبية تعمل بدورها كمعزز للتخلص من الألم، وهي بذلك مثيرات اكتسبت خاصية التعزيز من خلال اقترانها المتكرر بالمعززات الاولية فهي بالأصل حيادية وتحتاج إلى وقت ليتعلمها الفرد.

ومهما كان شكل التعزيز فانه يجب ان يقدم بموجب عقد سلوكي(Behavioral Agreement)؛ يكون بمثابة اتفاقية بين المعالج والعميل, تحدد السلوكيات التي سيؤديها الطرف الثاني (العميل) والمكافآت التي سيقدمها الطرف الاول (المعالج), وهذا يسهل عملية التعلم ويزيد من الدافعية لدى العميل. ويستند العقد السلوكي إلى فكرة مبدأ بريماك الذي ورد ذكره سابقاً. ويجب ان يكون العقد السلوكي مكتوبا حتى يساعد العميل على الاقتراب تدريجيا من السلوك النهائي المطلوب. ولا بد ان يوضح المعالج للعميل بان المكافآت لن تقدم الا بعد تأدية الثاني للسلوك المستهدف .ومن قواعد العقد السلوكي الأساسية انه لابد ان يكون العقد عادلا من حيث مناسبة المكافأة مع طبيعة السلوك المستهدف، وان يقبل العميل بذلك, كذلك لا بد ان تكون بنوده واضحة وتكتب بصيغة ايجابية؛ أي تحديد المهمات والسلوكيات التي ينبغي على العميل تأديتها وليس الانشغال بالسلوكيات

والمهمات التي عليه الامتناع عنها, وأخيرا يجب تعديل بنود العقد اذا اقتضت الحاجة ذلك.

ثانيا: استراتيجة تقليل الحساسية التدريجي (Desensitization)

تتضمن هذة الاسنراتيجية وضع العميل في حالة من الاسترخاء العضلي في مواجهة تدريجية على مستوى التخيل مع مثيرات تزداد تدريجيا في قدرتهاعلى استمرار استجابة القلق عند العميل. وتقوم هذه الطريقة في العلاج على اساس مبدا الكف المتبادل (Reciprocal Inhibition). وقد لاحظ ولبي ان استجابة الاسترخاء العضلي من الاستجابات المضادة للقلق والقادرة على كفه ايضا.

وتسير استراتيجية تقليل الحساسية التدريجي في اربع خطوات رئيسية هي :

1- **التدريب على الاسترخاء العضلي**.

يعتبر تمرين الاسترخاء العضلي الخطوة الاولى في استراتيجية تقليل الحساسية التدريجي، وهو يستخدم على نطاق واسع في العلاجات السلوكية . وتستخدم طريقة جاكبسون في ذلك، والتي تتضمن وضع العميل في وضع مريح جدا على كرسي حاص للاسترخاء(Lazy Chair)، ثم يطلب منة بعد ذلك ان يغمض عينيه وان يقوم بعمليات شد وارخاء عضلات الجسم ابتداء من عضلات الجبين وانتهاء بعضلات القدمين و الاصابع، بحيث يتم شد وارخاء هذه العضلات تدريجيا بواقع مرتين على الاقل لكل منها. ويرافق ذلك ايحاءات متعددة من قبل المعالج المعالج يوحي بها للعميل ان يشعر بالراحة والثقل واللذة المرافقة للاسترخاء.

2- وضع هرم القلق .

بعد ان يتم اللقاء مع العميل وتبحث مظاهر قلقه ومخاوفه، يحث المعالج العميل على تحديد المثيرات والمواقف والظروف التي تثير قلقه او خوفه بشكل او باخر وبدرجات متفاوتة،ثم يطلب منه ان يقوم بترتيب تلك المثيرات والمواقف ترتيبا هرميا ابتداء من اقلها اثارة للقلق إلى اكثرها اثارة.

3- تطبيق عملية تقليل الحساسية التدريجي وتتضمن هذه العملية ما يلي:

أ- التدريب على التخيل ويتم ذلك بتدريب العميل على تخيل مواقف او مشاهد ايجابية محايدة في البداية، مثل عملية تخيل لمنظر طبيعي جذاب لمدة تتراوح من (5-10) دقائق وذلك لكي يتعلم كيفية تخيل الموقف على افضل وجه وباقرب ما يمكن من الحقيقة و الواقع.

ب- تعريض العميل للمواقف المثيرة للقلق تدريجيا وعلى مستوى الخيال و تقديم المشاهد التي يتضمنها هرم القلق تدريجيا، ابتداء من المشهد الاول الاقل اثارة للقلق وذالك بواقع (2-4) مشاهد في الجلسة الواحدة - يعود لبعضها في الجلسات اللاحقة - بحيث يبقى هناك قدر من التداخل بين المشاهد وضمان عدم اثارتها للقلق، حتى ينتهي الامر بتخيل العميل لأشد المواقف اثارة للقلق والتوتر وهو في حالة استرخاء تام.

ج- استمرار الطلب من العميل البقاء في حالة الاسترخاء والاشارة إلى الشعور بالقلق حين يحدث للعودة إلى مشاهد اقل اثارة، ويستمر ذلك حتى نهاية الجلسات العلاجية وانتهاء هرم القلق.

4- اختبار أثر التعلم في الحياة الواقعية.

وذلك بنقل العميل إلى واقع الحياة لمثيرات قلقه الاصلية، للتاكد من انها لم تعد مثيرة لذلك القدر من القلق الذي كان يستثار في السابق.وتعد هذالمرحلة مرحلة تقييم ضرورية في العلاج، كما تلعب دورا هاما في تعزيز شعور العميلبقدرته على مواجهة الموقف فعلا.

ثالثا : التدريب على المهارات الاجتماعية (Social skills)

يحتاج الانسان في تفاعله الاجتماعي في البيت وفي الشارع والمدرسة والعمل إلى مهارات اجتماعية ، ولابد ان تكون هذه المهارات مناسبة وفعالة تتناسب مع المواقف الحياتية التي يمر بها الفرد. ولا شك ان فشل أو نقص اكتساب هذه المهارات يعتبر سبباً رئيساً لكثير من المشكلات السلوكية والانفعالية, ولابد ان يتمركز العلاج في مثل هذه المشكلات على تعليم الفرد هذه المهارات ومساعدته على تطبيقها في المواقف الحياتية واليومية. ومن الأمثلة على المهارات الاجتماعية: مهارة طلب الاستئذان, ومهارة توكيد الذات, ومهارة التفاوض. ويعتبر التدريب على المهارات الاجتماعية طريقة علاجية متعددة العناصرتستخدم انواعا من الاستراتيجيات .

ان الاساس الذي يقوم علية تدريب المهارات الاجتماعية هو ان المبادى التي يتم من خلالها اكتساب السلوكيات اللاتكيفية هي نفسها التي تطبق لتعديل السلوكيات لتصبح سلوكيات تكيفية يتقبلها الاخرون في المجتمع. وقد استخدمت هذة الطريقة ضمن اطار نظرية التعلم الاجتماعي، في معالجة الكثير من المشكلات وخاصةالانطواء الاجتماعي والسلوك العدواني والمخاوف المرضية. فالكثير من الطلاب الذين يواجهون مشكلات اجتماعية

واكاديمية في المدرسة تعوزهم مثل هذه المهارات، وقد وجد ان تدريب هؤلاء الطلبة على المهارات الاجتماعية التي تعوزهم يؤدي إلى تحسين مستوى تكيفهم الاجتماعي والاكاديمي وارتفاع مستوى تحصيلهم ، وانسجامهم مع الأنشطة الاجتماعية داخل المدرسة وخارجها. وتكون هذه الطريقة فعالة عندما يحصل التدريب ضمن جماعات في المواقف الطبيعية.ويرى اصحاب الاتجاه السلوكي ان السبب الرئيسي للمشكلات التي يعاني منها الفرد هو نقص الخبرات الاجتماعية في سنوات حياته المبكرة، أي افتقاره للمهارات الاجتماعية المناسبة للمواقف، ولذلك فان العلاج يكون بتعليمه هذه المهارات ومساعدته على تطبيقها في المواقف الحياتية اليومية، وبذلك يتم استبدال السلوك غير المناسب بالسلوك المناسب.

خطوات التدريب على المهارات الاجتماعية

يتم التدريب على المهارات الاجتماعية على شكل جلسات علاجية تدريبية باستخدام اسلوبين متكاملين،احدهما يقوم على تدريب الطلبة على المهارات داخل الجلسة العلاجية، والاخر يقوم من خلال تدريبات يقوم بها العميل في البيت على شكل واجبات بيتية يتابعها المعالج خلال الجلسات العلاجية. وبذلك فان الجزء الاكبر من مسؤلية التدريب تلقى على عاتق العميل نفسه من خلال استمراره في تطبيق ما تعلمه في الجلسات التدريبية في البيت، واستخدام المهارات في مواقف حياتية مختلفه .اما عدد الجلسات التدريبية فيعتمد على عدد المهارات التي تم تحديدها مسبقا من قبل المعالج وبناء على حاجة العملاء. اذ يتم التدريب في كل جلسة على مهارة واحدة فقط .وفيما يلي عرض لاهم **الاجراءات المتبعة في التدريب على المهارات الاجتماعية:**

اولا: تحديد المهارات

ليبدأ المعالج التدريب على المهارات الاجتماعية، يجب عليه ان يعرف ما هي المهارات التي يحتاجها العميلون.كما يجب ان تكون المهارات المختارة ملائمة للعميلين وللمشكلات التي يعانون منها؟ وكذلك لطبيعة المواقف الاجتماعية التي يعيشون فيها.ويمكن للمعالج النفسي ان يحدد المهارات الاجتماعية من خلال المصادر التالية:

1- الرجوع إلى الادب التربوي المتعلق بالموضوع.فمثلا اذا كانت المهارات التي يحتاجها العميلون تتعلق بتوكيد الذات فيمكن الرجوع إلى ما كتب حول هذا الموضوع.

2- الاستفادة من مقابلات اولياء الامور والمعلمين ومدير المدرسة حول المهارات التي تعوز الطلبة.

3- اعداد قائمة شاملة بالمهارات التي يحتاجها الطلاب في سن المدرسة، وتعريف كل مهارة منها، ووضع سلم يتكون من اربع درجات لتقدير مستوى اداء العميل لهذه المهارة.

ثانياً: تحليل المهارات

في هذه الخطوة يقوم المعالج بتجهيز بطاقات المهارات قبل بدء التدريب. وهذه البطاقات تحتوي على خطوات تعلم كل مهارة لكي تسلم للعميل االثناء الجلسات ، ويقوم المعالج بتحليل المهارات باتباع الخطوات التالية:

أ- الرجوع إلى المصادر: اذ ان المراجع الخاصة بموضوع المهارات الاجتماعية تحتوي على العديد من المهارات التي تم تحليل خطواتها .

مثال:

مهارة الاعتذار يمكن تحليلها إلى المهارات الفرعية التالية:

- تحديد اذا كان هناك شى ترغب بالاعتذار عنه.
- تحديد افضل طريقه للاعتذار.
- قدم اعتذارك بطريقة لطيفة ودافئة.

ب- مراقبة شخص يتقن المهارة ومتابعة خطوات تنفيذه لها.

ج- مناقشة جماعية مع مجموعة من المهتمين والمختصين بالمجال.

د- استنتاج خطوات تعلم مهارات اخرى اعتمادا على تعريفه للمهارة وتحديده لها عن طريق المحاكاة العقلية.

ثالثاً: اعطاء التعليمات

يقوم المعالج بتزويد الطلبة بمعلومات حول المهارة ،تعريفها، اهميتها،خطوات تعلم المهارة، اذ يجب ان يكون العميل مقتنعا باهمية المهارة في حياته العملية، ويمكن للمعالج ان يستعين بافراد المجموعة عن طريق طرح اسئلة .

مثال:

- من يعرف ما هو التفاوض؟
- ماذا يعني ضبط الذات لك؟

ثم يقدم المعالج البطاقة التي تحتوي على خطوات تعلم المهارة، ويطلب من العملاء قراءاتها لمتابعة كل خطوة اثناء قيام النموج بتقديم المهارة، كما يخبر المعالج الطلاب انه سوف يتم مناقشة المهارة بشكل اكثر تفصيلا بعد مشاهدة النموذج.

رابعاً: نمذجة المهارة

في هذه الخطوة يقوم شخص ما بالمهارة المطلوبة اما بشكل مباشر امام العملاء، او بواسطة الافلام والفيديو. ويقوم العميلون بمراقبة النموذج وملاحظة سلوكه. وتزداد فاعلية النمذجة في حالة ان يكون النموذج من نفس الجنس وذا مكانة عالية ويتقن المهارة، كذلك اذا كان يتسم بالتعاون والود، كما اذا تم تعزيزه على المهارة.وتمر النمذجة بثلاث خطوات رئيسية هي:

1- الانتباه (Attention)

لايستطيع المتدرب تعلم المهارة من خلال مراقبة النموذج ما لم يوجه انتباهه لسلوك النموذج موضوع التعلم وتتبع خطوات المهارة.

2- الاحتفاظ (Retention)

يجب ان يحتفظ المتدرب بالسلوك المنمذج في ذهنه؛ أي يتذكره من اجل ان يستطيع القيام به فيما بعد.

3- القيام بالسلوك (Reproduction)

لا يمكن القول ان المتدرب قد تعلم السلوك اذا قام بالانتباه للنموذج،وتذكر السلوك، وانما يجب ان يؤدي هذا السلوك.اي ان يقوم بتكرار المهارة كما شاهد النموذج يقوم بها، ويعتمد قيام المتدرب بالسلوك على توقع المكافاة وخاصة اذا تمت مكافاة النموذج على قيامه بنفس السلوك .لقد تبين من خلال الدراسات ان السلوكيات الايجابية التي يتم تعلمها بالنمذجة دون تعزيز تنخفض بعد مرور بعض الوقت ثم تختفي، اما السلوك الذي يتم نمذجته ويقوم به المتدرب ويتلقى تعزيزا عليه ويقوم باعادته وتطبيقه في حياته اليومية، فانه يميل إلى الثبات، ويصبح جزءا من سلوكيات الفرد اليومية .ويمكن للمعالج ان يقوم بنفسه بتقديم نموذج للمهارة الا انه يفضل ان يستعين باخرين او بافلام الفيديو .وفي هذه الخطوة تتم مناقشة الموقف الذي تم فيه استخدام المهارة من قبل المعالج ويوجه اسئلة.

مثال:

- هل يذكرك هذا الموقف بمواقف في حياتك تحتاج فيها إلى مثل هذه المهارة؟
- ماذا تفعل لو واجهت متل هذا الموقف؟

كما يشجع المعالج الطلاب على الحديث عن طريق استخدام المهارة والمشاكل التي قد تواجههم اثناء استخدامهم لها.

خامساً: لعب الدور (Role Playing)

يعرف لعب الدور بانه موقف يطلب فيه من الفرد القيام بدور (يسلك بطريقة معينة)ليس له في الحقيقة. ولكي يكون للعب الدور نتائج فعالة يجب تقديم معلومات واضحة حول السلوك المستهدف . وعادة يكون هناك ممثل رئيسي يقوم بالدور (المهارة) وممثل مساعد يقوم باختيارة الممثل الرئيسي ليساعده في تادية المهارة. ويطلب من المتدرب هنا اعادة السلوك الذي يقوم به النموذج بالاستعانة ببطاقة تحليل المهارة. وبشكل اكثر تفصيلا يقوم المعالج اثناء الجلسة بما يلي:

- يطلب من احد الطلاب ان يحدد المواقف التي يستخدم المهارة ومع من؟
- يطلب من نفس العميل ان يقوم بالدور الرئيسي وان يختار من بين الاعضاء من يساعده.
- يتم ترتيب المكان بحيث يساعد على القيام بلعب الدور، ويساعد المعالج المتدرب في ذلك بتوجيه اسئلة مثل:

- هل تريد ان تقف ام تجلس؟
- من اين سوف ياتي الشخص الاخر؟

كما يوجه المعالج اعضاء المجموعة كما يلي:

- للممثل الرئيسي:حاول ان تتبع خطوات المهارة بافضل ما يمكن.
- للممثل المساعد:حاول ان تقوم بدورك بشكل مناسب وعبر عن افكارك بحرية.
- لاعضاء المجموعة:راقبو كيف يقومون بالدور وتتبعو الخطوات لمناقشتها بعد الانتهاء من لعب الدور.

سادساً: التغذية الراجعة والتعزيز للمهارات (Reinfocement & Feedback)

بعد كل خطوة اثناء لعب الدور يتم تقديم تغذية راجعة للمتدرب في كل خطوة يقوم بها بالسلوك المطلوب. وهناك انواع من التعزيز التي يمكن ان تستخدم هي:

- المعززات المادية (النقود، الطعام...).
- المعززات الاجتماعية (التقدير، المديح...).
- المعززات الذاتية (وهي التي يقدمها الفرد لنفسه عندما يتقن اداء المهارة ويقدر نفسه ايجابيا. مثل الرضى عن الذات ،والحديث الايجابي مع الذات).

ولابد ان يتم التركيز على التعزيز الاجتماعي بشكل خاص للمحافظة على السلوك ودوامه، لاننا في الحياة اليومية نتلقى تعزيزات مثل المديح او كلمة شكر او تقدير من الآخرين او ابتسامة. ولا نتلقى في الغالب معززات مادية.كما انه ينبغي ان نجعل الفرد هو مصدر التعزيز لنفسه عن طريق تقديره لسلوكه ومهاراته لأن الكثير من سلوكيات الفرد قد لا ينتبه لها الآخرون، وبالتالي لا تحصل على التعزيز الاجتماعي. وبعد تقديم التعزيز المناسب يقوم المعالج بما يلي:

- يطلب من العميل ان يستمع إلى اراء الجميع قبل ان يبدا بالقيام بالمهارة.
- يسال المعالج الممثل المساعد:اثناء قيامك بدور ....بماذا شعرت؟ وما هي ردة فعلك نحو...(النموذج)؟
- يسال المعالج اعضاء المجموعة:هل تم اتباع خطوات المهارة؟
- يعزز المعالج الخطوات المتقنه ويقدم علاجات من اجل اتقان باقي الخطوات.
- يسال الممثل الرئيسي:لقد سمعت الجميع،كيف تشعر نحو ماقمت به من عمل؟

رابعا: الاستراتيجيات السلوكية الكشفية

تتضمن هذه الاستراتيجيات اسلوبين علاجيين يقومان على تكنيك تقليل الحساسية التدريجي هما :

أ. اسلوب المواجهة بالواقع (In Vivo): حيث يتعلم العميل استجابة منافسة للقلق والتوتر، تتضمن ارخاء عضلاته ومواجهة السلوك في الواقع بشكل تدريجي أو دفعة واحدة ،حيث يؤدي إلى تقليل التحسس تجاه الموقف الضاغط.

ب. اسلوب الغمر (Flooding) : يطلب ضمن هذا الاسلوب من العميل ان يتخيل أو يعيش في الواقع، وينخرط في الموقف الضاغط لفترة معينة قد تطول أو تقصر . وهو اسلوب فعال في علاج الافعال القهرية والقلق و الاضطرابات المزاجية.

الاستراتيجيات السلوكية المعرفية

1) اعادة البناء المعرفي (Cognitive Re-structure)

وهي استراتيجية معرفية يتم فيها تعليم العميل طريقة التحليل الذاتي، وذلك بالطلب منه ان يسجل على مذكرة خاصة معتقداته وأفكاره اللاعقلانية المرتبطة بمشكلته، ثم يطلب منه تحليل التصرفات الخاطئة , ومن ثم تطوير اهداف إنفعالية وسلوكية ومعرفية جديدة. ومن اجل تحقيق اعادة البناء المعرفي لدى العميل يستخدم المعالج وسائل معرفية مثل:

- زيادة دافعيه العميل ليقوم بحصر وتقييم فوائد ومضار افكاره اللاعقلانية .
- اتخاذ قرارات حول مشكلاتهم وإيجاد طرق للتعامل معها، بالإضافة إلى توجيهه نحو الجوانب الايجابية من الموقف المشكل، ومعالجة المواقف السلبية عوضا عن الانزعاج الذاتي واجترار الافكار السلبية .
- يمكن استخدام وسائل التصوير ولعب الدور، وذلك لمساعدة العميل على تحديد ونفي الافكار اللاعقلانية التي تؤدي إلى التوتر.
- يمكن تعريضه إلى مواقف واقعية وبشكل مخطط، بحيث تثير هذه المواقف حالة من التوتر، ويطلب منه وقف استجاباته التقليدية التي اعتاد عليها و استعمال المهارات المعرفية الجديدة المتعلَمة.

كما تتضمن استراتيجية اعادة البناء المعرفي اكساب العميل مجموعة من التعليمات اللفظية التي تقدم له مباشرة ليتعلمها وتصبح جزءً من بنيته المعرفية، وتكون هذه التعليمات على شكل بدائل عقلية للافكار اللاعقلانية

والسلبية، مثلا عندما تكون لدى الفرد فكرة لاعقلانية على النحو التالي: (على جميع الناس التصرف بطريقة حسنة) فان المعالج يدحض لديه هذه الفكرة اللاعقلانية ويقدم لديه فكرة عقلانية بديلة وهي: (ليس هناك معيار واضح للتصرف الحسن، ثم انه من الصعب ان يتحلى جميع الناس بصفات الملائكة).

2) استراتيجية التحصين ضد التوتر (Stress Inoculation)

ان استراتيجية التحصين ضد التوتر استراتيجية سلوكية معرفية نادى بها مايكنبيوم تهدف إلى اكساب الفرد مهارات معرفية سلوكية للتعامل مع حالات التوتر والمواقف الضاغطة وتتضمن خطوتين رئيستين هما :

ا- تزويد الفرد بمعلومات حول طبيعة التوتر، حيث تتولد الطاقه النفسيه (Psychological energy) لدى الفرد و تنشط و تنطلق عندما يتعرض لضغوط حياتيه، و يحاول جراء ذلك العوده إلى التوازن وخفض التوتر, فإذا ما زال التوتر وعاد الفرد إلى توازنه توقف توليد الطاقة وشعر بالراحة، وكذلك تزويده بمعلومات عن طبيعة الضغوط النفسية وأثارها النفسية (اكتئاب، قلق، شعور بعدم الاتزان الانفعالي)، والاجتماعية (عزلة، وانسحاب، وعدم تأكيدالذات)، والسلوكية (ادمان، تدخين)، والجسدية (امراض سيكوسوماتيكية).كذلك تزويده بمعرفة المراحل التي يستجيب بها الفرد للضغط النفسي وهي: مرحلة التهيؤ لمواجهة الضغط، ثم مرحلة المقاومة والدفاع عن الذات، وأخيرا مرحلة الانهاك وفشل الفرد في مواجهة الموقف الضاغط.

ب- تدريب المتعالج على مهارات التكيف المعرفية والسلوكية مثل: ابعاد العبارات السلبية التي تسبق الموقف الضاغط، واستبدال التعليمات السلبيه قبل مواجهة الموقف الضاغط بعبارات ايجابية مثل (كيف استطيع التعامل مع الموقف بنجاح ؟)، وكذلك مهارة تعزيز الذات بعبارة ايجابية عند النجاح في التعامل مع الموقف، وقد يكون من المناسب استخدام مهارات الاسترخاء العقلي والعضلي والتسكين في الحالات المرضية الشديدة.

3) استراتيجيه الحوار السقراطي .

وهي استراتيجية معرفية تهدف إلى توليد الافكار العقلانية والعملية، عن طريق قيام المعالج بطرح اسئلة على العميل تتطلب افكار واضحة يقدمها الاخير من اطره المعرفية، وبذلك يعتاد العميل على كشف الحقائق بنفسه وممارسة النشاط الذهني، والاعتماد على التفكير الذاتي. و يمكن اجمال الخطوات الرئيسية لاسلوب الحوار السقراطي بالنقاط التالية:

- توجيه العميل إلى اقتراح اوافتراض مبدئي .
- قيادته إلى الاعتراض على عدم قدرته على التخلص من الافتراض الذي افترضه، أو التخلص من الحيرة التي هو فيها .
- علاجه إلى البحث عن حقيقة الافتراض الخاطيء الذي بداء به .

مثال على الخطوات الثلاثة للحوار السقراطي :

العميل : افترض انني لا استطيع القيام بأي شيء في الوقت الحالي .

المعالج: ماذا تخسر لو حاولت ؟

العميل :لن تكون المحاولة مجديه .

المعالج: كيف تعرف بانه لا قيمة من المحاوله ؟

ولا بد ان يلم المعالج بقواعد المنطق الأساسية؛ إذ ان كثير من المناقشات مع العميل تحتاج إلى التفكير المنطقي سيما في العلاج السلوكي المعرفي، الذي يقوم على تحديد الأفكار اللامنطقية- والتي تعتبر بمثابة الأسباب الرئيسية للسلوك المضطرب - و مساعدة الفرد على التخلص منها بالإقناع المنطقي، وإكسابه أفكار منطقية جديدة. ولا شك ان منطق الانسان وما يترتب عليه من أفكار عقلانية أو غير عقلانية تؤثر على أسلوب حياته وتكيفه.

4) الالهاء (Distraction)

وهي استراتيجية عقلانية تشير إلى صرف نظر العميل مؤقتا عن مشكلته الحالية، إلى شيء ثانوي مثل الرياضة او الابداع الفني او قضية اقتصادية او تمارين اليوجا والتأمل. وعندما يتم الهاء العميل بإحدى النشاطات السابقة، فانه يستجمع قواه وطاقاته مرة أخرى لمواجهة هذه المشكلة ، إضافة إلى انه لن يجد الرغبة أو الوقت في التفكير اللاعقلاني بخصوص هذه المشكلة والشعور بالقلق إزائها.

5) الدعابة و السخرية (Derision& Humor)

وتستخدم هذه الاستراتيجيه بشكل فعال في حالات الحزن الناتج عن الفقدان. ان الافراد الذين يعانون من الاكتئاب يخبرون عواطف مؤلمة، ويقولون بانهم لا يستطيعون تحمل الاذى، وانه لاشيء يستطيع ان يجعلهم يتحسنوا . وفي هذه الحالة لا بد من مواجهة الامر المؤلم عن طريق استخدام

الضحك والسخرية غير المؤذية لمشاعر المريض من قبل المعالج، والتي تقتصر على تفسير المظاهر الهزلية في بعض مواقف الحياة.

6) الواجبات البيتية (Home works)

هناك مشكلات ذات طبيعة تتطلب واجبات ومهمات على العميل ان يقوم بها خارج اطار الجلسة العلاجية، فمثلا الافراد المكتئبين لديهم صفة المبالغة في المتطلبات الخارجية والمشكلات والضغوطات . ان مثل هؤلاء الناس يشعرون بان لديهم اشياء كثيرة يجب انجازها ولا يستطيعون القيام بها، وفي مثل هذه الحالة يطلب منهم المعالج واجب بيتي يتضمن وضع قائمة بالأشياء التي يرغبون القيام بها ووضع الاولويات ، وتجزئة المشكلات الخارجية إلى وحدات يمكن القيام بها . وفي هذه الاستراتيجية يأخذ المعالج دور الموجه وقد يضطر إلى مساعدة المتعالج في كتابة قائمة المهمات، ويطور خطة عمل واقعية، ويسجل مدى تعاون الشخص المكتئب.

7) استراتيجية التدريب التوكيدي (Assertion Training)

استراتيجية سلوكية معرفية تهدف إلى التدريب على المهارات الاجتماعية مثل مهارة عقد الصداقات، ومهارة طلب الاستئذان، ومهارات التعبير عن المشاعر والحقوق ... الخ. وتعتبر هذه المهارات الاجتماعية ضرورية جداً لتحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي، حيث يعاني الاشخاص الذين يفتقرون اليها من مشاكل شخصية مع الآخرين في البيت والعمل والمدرسة وخلال اوقات الفراغ ويتم استغلالهم بسهولة.

وتستند هذه الاستراتيجية العلاجية على مبدأ وهو ان للناس الحق (ولكن ليس مفروضا) في التعبير عن انفسهم بطريقة تأخذ مشاعر الآخرين بعين الاعتبار.

الاستراتيجيات العلاجية التحليلية

ان الأساليب التحليلية التي ابتكرها فرويد لا تسعى إلى تكوين خبرات جديدة لدى العميل بقدر ما تسعى إلى تطهيره من المكونات اللاشعورية وإحضارها إلى مستوى وعيه. ويتطلب نجاح أي من هذه الأساليب تعاون العميل وصراحته في كشف الذات، وحتى يضمن المعالج ذلك لا بد ان يوفر بيئة علاجية تساعد على عملية التحليل. وفيما يلي اهم الاستراتيجيات العلاجية التي يمارسها المعالجون والأخصائيون التحليليون في ميادين عملهم:

اولا: التداعي الحر (Free Association)

وهو اسلوب اساسي للتحليل النفسي يتفق بموجبه المعالج المحلل مع المريض بان يتحدث له بكل شيء يخطر على باله، حتى لو كان هذا الشيء غير مريح او يبدو انه غير مهم، ودون ان يحدد مواضيع معينة او يتقيد بالتسلسل او المنطق او الاخلاق أثناء الحديث. كما يطلب منه ان يتحدث بشكل فوري وذلك بهدف اضعاف رقابة الشعور، بحيث تكون هذه الترابطات محكومة بقوة لا شعورية تتمثل في الصراعات المسببة للعصاب ورغبة الفرد بان يكون جيد وان يُسعد الحلل، وقد يهدد التفاعل بين هذه القوى عملية التحليل نفسها.

ويقود هذا الاسلوب عادة إلى التعرف على الاشياء المكبوتة في اللاشعور، ويركز المعالج على المعاني الخفية والضمنية لما يقوله المريض. ومن حيث آلية اجراء عمليه التداعي الحر يستلقي المريض على اريكة مريحة في غرفة شبه معتمة،ويجلس المحلل خلف المقعد بعيدا عن مجال رؤية المريض، وتكون وظيفته هي الاستماع بعناية اليه ومحاولة فهم ما يقوله واختيار الوقت المناسب للتفسير.

وفي أثناء عملية التداعي الحر يكون المعالج يقظا لما يبدو على وجه العميل من انفعال، او لما يأتيه من حركات عصبية، كذلك لابد للمعالج ان ينتبه لما قد يتورط به العميل من فلتات اللسان او ما ينتابه من تردد او تأخر او توقف مفاجئ في تسلسل التداعي والترابط. وتمتد جلسة العلاج بالتداعي الحر ما بين 45-60 دقيقة في المتوسط.

ثانيا: التنفيس الانفعالي (Abreaction)

اسلوب تحليلي يتضمن تفريغ وتحرير الانفعالات المكبوتة لدى المتعالج ومخاوفه وحيله الدفاعية للتخفيف من اثرها في تكوين الاضطراب النفسي, ومن ثم تفسيرها ومعرفة دلالاتها. ويتطلب إجراء ذلك مناخاً مناسباً يساعد المتعالج على الحديث عن مشكلاته الخاصة والانفعالات التي يعبر عنها اثناء المشكلة. ويستخدم المعالج في عملية التنفيس الانفعالي وسيلة التداعي الحر والأسئلة العلاجية، وعندما يعي الفرد مشاعره وانفعالاته المكبوتة تنمو بصيرته وتزداد ثقته بنفسه ويحدث الامر الايجابي للتحليل النفسي. ويمكن الاستفادة من اسلوب التنفيس الانفعالي في بعض المواقف العلاجية، خاصة تلك التي يعاني بها العميل من مشاعر او انفعالات قوية, فمثلاً عندما يعاني

العميل من حزن شديد يجب على المعالج ان يتيح له المجال بان يعبر عن هذا الحزن عن طريق البكاء ويشجعه على الحديث عن مشاعره السلبية دون تقييم أو انتقاد .

ثالثا: تحليل وتفسير المقاومة (Analysis and Interpretation of Resistance)

اجراء علاجي تحليلي يقوم به المعالج بتفسير مظاهر المقاومة التي يبديها المتعالج عند اخراج مكونات اللاشعور وما قبل الشعور، بهدف مساعدة المتعالج ليكون واعيا لأسباب المقاومة. وكقاعدة عامة يشير المعالج ويفسر اكثر مظاهر المقاومة وضوحا، ليقلل من احتمالية رفض المتعالج للعلاج والنظر إلى السلوك المقاوم. ومن الضروري ان يحترم المعالج مقاومة المتعالج ويساعده على التعامل بطريقة علاجية مع دفاعاته، وبذلك فان المقاومة تكون من اكثر الادوات اهمية لفهم المتعالج. وأخيرا يعتمد المعالج تفسيرات تقدم للمتعالج ايضاحات لما قاله المتعالج نفسه بشكل صريح او ضمني. ولا بد من اعتماد التوقيت المناسب في تقديم التفسير واستخدام السلوكيات غير اللفظية (اللهجة، نبرة الصوت) عند تقديم التفسير.

رابعا: تحليل وتفسير التحويل (Analysis and Interpretation of Transference)

تكنيك اساسي في التحليل النفسي يتضمن تفسير عملية التحويل التي يقوم بها المتعالج تجاه المعالج، ومن المنطق ان يتصرف المتعالج بناءً على الخبرات والعلاقات المبكرة مع المعالج كشخص مهم، وبذلك فهو يعيش هذه الخبرات المبكرة في العلاقة مع المعالج ويعبر عن مشاعره وأفكاره ورغباته كما

هي في اللاشعور، وبالتالي يؤدي ذلك إلى تحقيق الاستبصار (هنا والان) بهذه المكبوتات اللاشعورية.

ومن خلال عملية تفسير هذه التعبيرات للمشاعر ذات التكوين المبكر للشخص، فان المتعالج يصبح قادرا على ان يغير انماطاً سلوكية تشكلت منذ عهد بعيد. والمعالج في بداية العلاج يظهر للمتعالج انه يتقبل المواد المكبوتة التي ينظر لها الأخير بانها مشؤومة ومخزية, وتدريجيا يتبنى المتعالج اتجاه المعالج نحو هذه المواد ويندمج معها بشكل عميق.

بمعنى آخر يسمح المعالج للمتعالج بالنكوص الآمن ويكون جزءاً من هذا النكوص نحو المعالج. ففي بداية العلاج وفي التحليل يحمل المتعالج مشاعر ايجابية تجاه المعالج سرعان ما تتحول إلى مشاعر سلبية عدائية، وهذا التحويل يظهر الصراع النفسي في الطفولة تجاه الوالدين, وعندها يقدم المعالج تفسيراً لهذه العملية يساعد على إفهام المتعالج ان مشاعره هذه غير مناسبة في العلاقة العلاجية ولكنها ترتبط بعلاقته المبكرة مع ابيه. وبهذا التحليل يتحقق الاستبصار لدى المتعالج بصراعات الطفولة وعلاقاته مع والديه السابقة.

ولا بد ان يقدم المعالج الدعم والفهم والثبات خاصة عند تقديم التفسيرات لعملية التحويل، وهذا يساعد المتعالج في ان يدرك ان هذه المشاعر مدمرة للحياة خارج عملية العلاج وداخلها، وبالتالي يتقبل المتعالج المشاعر الايجابية ويطور انماطاً سلوكية متكيفة.

الاستراتيجيات العلاجية الانسانية

تختلف الأساليب العلاجية الانسانية عن غيرها من الأساليب العلاجية الأخرى، في انها أساليب تؤكد على شروط العلاقة الدافئة وعلى طبيعة التفاعل والتواصل بين المعالج والعميل. حيث يعتقد روجرز ان جودة العلاقة العلاجية وما تتطلبه من مهارات تواصل وشروط علاجية ، هي المتغير الأهم في العلاج وهي التي تقود للنمو والتغيير الايجابي. وأكد كذلك على ان استخدام استراتيجيات علاجية جامدة ومحددة بإجراءات رتيبة يقدمها معالج مختص ومتمكن لعميل بائس يمر في محنة، لا يمكن الوثوق بنتائجها دائما. وعموما يمكن اجمال الأساليب العلاجية الروجرية بالنقاط التالية:

1- الاصغاء الفعال (Effective Listening)

وهو اسلوب اساسي في العلاج الروجري يتضمن بقاء المعالج متيقظ غير متشتت اثناء المقابلة العلاجية، حيث يصغي إلى الجوانب المعرفية والجوانب الإنفعالية في حديث العميل، ويتجنب مقاطعة حديث العميل وإصدار الاحكام عليه اثناء حديثه .وهناك مهارات علاجية فرعية تتضمنها هذه المهارة هي مهارة عكس المشاعر، ومهارة عكس المحتوى، ومهارة التخليص (انظر الفصل الثامن).

2- التطابق والاصالة (Coherenc)

وهو شرط اساسي من شروط العلاج النفسي الروجري للنجاح في كسب ثقة العميل وبناء العلاقة العلاجية معه. ويشير هذا الشرط إلى ان لا يكون هناك تناقض بين ما يقوله المعالج وبين ما يفعله، وان يتحلى بخصائص الشخص العملي والفعال بشكل كامل، وان يتعامل مع العميل باعتباره

شخص ايجابي وليس فقط شخص متوتر ومريض ومتعالج. وعليه ان يكون واضح في افكاره واتجاهاته وان يكون اصيل وليس مزيف.

3- التقبل الإيجابي غير المشروط (Positive Accepting)

وهو احد شروط العلاقة العلاجية الناجحة، وتتضمن عملية التقبل اهتماماً عميقاً وحقيقياً من قبل المعالج تجاه العميل كفرد فعال وليس كمتعالج، بحيث يكون هذا الاهتمام غير مشروط ولا يتضمن التقييم والحكم على مشاعر وأفكار وسلوك المشترسد كجيد او سيء. ويجب ان يكون الاهتمام بالعميل غير هادف لتكوين صورة ايجابية ولامعة للمعالج حتى يحبه ويقدره العميل، فعندئذ سيكون التغير البناء صعب التحقيق. ووفقا لأبحاث روجرز (1977) فانه كلما زادت درجة الاهتمام والتقدير والتقبل غير المشروط والبعد عن التقييم، زادت فرص نجاح العلاجواتي ثماره(Haugh,P.P.44-50).

4-التقمص العاطفي (Empathy)

ويطلق عليه أحيانا التعاطف مع العميل، وهي عبارة عن مهارة تتضمن القدرة على فهم عالم العميل الخاص ومن خلال وجهة نظره هو، وليس من خلال الإطار المرجعي للمعالج. ولا بد ان يشتمل فهم العالم الخاص للعميل أفكاره ومشاعره وخبراته وكيف يدرك العميل تصرفاته؟ كما لا بد ان يقبل المعالج أحكام العميل حول ذلك العالم، ويلاحظ ما هو غامض في كلام العميل ويتعمد توضيح ما يقوله. ولكي تكون عملية التقمص العاطفي فعالة لا بد ان يتم إيصال هذا التعاطف للعميل بطرق لفظية وغير لفظية.ويؤكد

روجرز ان التقمص العاطفي شرط اساسي لتحقيق النمو والتغيير لدى العميل .وضمن هذه المهارة يكون المعالج متسامحا(Permissiveness) مع العميل، حيث يترك له الحرية في التحدث بجو من الدفء بدون ان يصدر عليه أحكام أو تعليمات أو انتقادات. وهكذا يجد العميل نفسه أمام صديق مخلص راغب في تفهم مشكلته. وبذلك يضع المعالج نفسه في صورة تختلف عن صورة الآخرين الذين يتعامل معهم العميل. والتسامح يكون عادةًً في الأفكار وليس بالأفعال؛ بمعنى ان المعالج يتحفظ على أعمال العميل ويطلب منه ان لا يتخذ قرارات عملية أثناء فترة العلاجفي أمور مصيرية كالزواج أو الطلاق حتى يتحرر من التوتر والضغط النفسي.(Bozarth,1998).

5- السلوك الحضوري (Attendance Behavior)

تتطلب هذه المهارة من المعالج ان يكون حاضراً جسديا ونفسيا ويشعر العميل بانه منتبه له ومهتم به ويفهم ما يقوله ويشعر به . وذلك يتم عن طريق الاتصال غير اللفظي، الذي يستخدم منه المعالج وسائل غير لغوية مثل حركات الجسم، كأن يجلس بوضعية زاوية قائمة كدليل على النشاط والانتباه, والتواصل بالعينين وهو مهم جدا في تنظيم وتوثيق العلاقة العلاجية، أو ضم اليدين على الخصر كرسالة على عدم الرضا، وكذلك استخدام نغمة الصوت وجميع ما من شانه ان يشعر العميل بتعاطف وتفهم المعالج للمشكلة .ويؤكد روجرز ان جميع أشكال السلوك الحضوري تهدف إلى التعبير عن المشاعر، وتوضيح وإغناء الكلمات المنطوقة، وتقديم التغذية الراجعة حول العلاقة العلاجية والتحسن لدى العميل(انظرالفصل الثامن).

6- الإندماج الفعال (Involvement)

يرى روجر بان الاندماج الفعال مهارة رئيسية يجب ان تتوفر لدى المعالج او المعالج حتى يحقق علاقة علاجية او علاجية ناجحة. وتعتبر الحاجة للاندماج سببا قويا لطلب العلاج او العلاج. كما يرى بعض الباحثين في العلاج النفسي ان الاندماج اول وأصعب مرحلة في العلاج ،لأن المريض يكون بحاجة ماسة إليه لأنه فشل في تحقيقه او الحفاظ عليه قبل مجيئه إلى العلاج.

ويحدث الاندماج من خلال التحدث عن مواضيع عديدة ترتبط بالمشكلة الحالية للمريض, وكذلك باستخدام الضمائر الشخصية (لنا، لك، انا، انت ، نحن) للدلالة على الاندماج. ويجب ان يتم الاندماج بطريقة تبين للمريض ان المعالج يؤمن بقدرته على النجاح والاشتراك في السلوك المسؤول.

الفصل الثاني

ادوات التشخيص في العلاج النفسي

- **تمهيد**
- **الأساليب الذاتية في جمع المعلومات النفسية :**
- **الملاحظة**
- **المقابلة**
- **الاستبيان**
- **التقرير الذاتي**
- **السيرة الذاتية**
- **سلم التقدير الذاتي**
- **مقياس العلاقات الاجتماعية**
- **أساليب جمع وتنظيم المعلومات النفسية العلاجية**
- **دراسة الحالة**
- **السجل المجمع**
- **مؤتمر الحالة**

تمهيد

تعتبر المعلومات التي يجمعها المعالج النفسي عن شحصية العميل بكافة ابعادها، العصب الرئيسي للعملية العلاجية. وتعتبر عملية جمع المعلومات ذات اهمية بالغة بالنسبة للمعالج والعميل على حد سواء، فهي مهمة بالنسبة للمعالج حتى يفهم شخصية العميل ويشخص مشكلاتة بدقة ويتنبأ بمستقبل حالتة، مما يساعدة في وضع خطتة العلاجية وتيسير عملية العلاج. ومن جهة اخرى تساعد عملية جمع المعلومات العميل على فهم المتغيرات الشخصية لديه، و التي تساعد او ربما تتأثر بالإضطراب او المشكلة الحالية. مثال ذلك متغيرات الذكاء والميول والاتجاهات والقيم والتحصيل الدراسي... الخ . ويحتاج العميل إلى معلومات مهمة عن نواحي قوته ونواحي ضعفه، ومعلومات قد لا تتوافر لديه تعينه على فهم نفسه، وبالتالي التخطيط لمستقبله بثقه كبيرة . وهذا في حد ذاته انجاز هام تتميز به عملية العلاج.

ويلاحظ في الممارسة الفعلية للعمل في العلاج النفسي ان بعض المعالجين يتقيدون باستخدام بعض وسائل جمع المعلومات دون الأخرى، أو يفضلون بعض الوسائل ويستغنون تماماً عما سواها. فمثلاً المعالجون الذين يفضلون طريقة العلاج غير المباشر أو المتمركز حول العميل يقيمون وزناً أكبر للسيرة الشخصية والتقرير الذاتي على حساب باقي الوسائل ، في حين ان المعالجون الذين يفضلون طريقة العلاج المباشر الممركز حول المشكلة يقيمون وزناً أكبر للوسائل الموضوعية في جمع المعلومات على حساب باقي الوسائل.

المعلومات اللازمة في العلاج النفسي.

1- البيانات الشخصية العامة: والتي تشمل الاسم وتاريخ الميلاد والعنوان ورقم التليفون وجهةالإحالة والمؤسسة التي ينتمي اليها العميل.

2- البيانات الشخصية الخاصة: وتشمل متغيرات الشخصية المختلفة التي تم تحصيلها من خلال وسائل جمع المعلومات الموضوعية والذاتية على حد سواء، مثل معامل الذكاء ومستوى التحصيل والقيم والميول والاتجاهات...إلخ .

3- البيانات الاجتماعية و المهنية: ويتم الحصول عليها من خلال استحدام البحث الاجتماعي، وتتضمن الاستقصاء عن علاقة العميل بالمدرسة (زملائه ومعلميه)، ومشكلاته منذ بداية دخولها وحتى التخرج منها, وكذلك معلومات في مجال المهنة يتناول فيها الباحث ظروف المهنة الحالية، والمهنة السابقة وأسباب وإعراض المشكلات في المهنة، مع الاهتمام بالخطط المهنية المستقبلية. كما يتناول البحث علاقات العميل وتكيفه مع الجيران والرفاق والجماعات المرجعية (الاقارب)، مع تحديد اسباب وأعراض سوء التوافق الاجتماعي, وأخيرا يتضمن البحث أوجه نشاطاته الاجتماعية.

4- البيانات الإنفعالية: تقدم البيانات الإنفعالية مؤشراً عن الحالة الإنفعالية للعميل، فقد تكون حالته سلبية تنطوي على هبوط أو تكدر في مزاج العميل أو إيجابية تنطوي على ارتفاع في المزاج. وعادةً ما يحث الحالات الإنفعالية وبغض النظر عن اتجاهها مثيرات خارجية يدركها الفرد أو مثيرات داخلية مثل تفكير الفرد في بعض الأحداث والمواقف أو الأشخاص، ولا بد من أخذ هذه البيانات بعين الاعتبار في عملية جمع لمعلومات. ويتم الحصول

على البيانات الإنفعالية من خلال اختبارات خاصة بكل انفعال، ومن أهم الانفعالات التي على المعالج أو الأخصائي النفسي الانتباه اليها انفعال القلق والحزن والدهشة والخوف وما يترتب عليها من انفعالات مرئية.

5- البيانات الصحية والفسيولوجية : يتناول هذا القسم من المعلومات الطول، والوزن، والأمراض والعمليات الجراحية السابقة، والأصابات والعاهات لدى العميل أو أحد أفراد أسرته، وبيانات حول أجهزة الحواس والغدد الصماء، بهدف تحديد العوامل العضوية المسببة للاضطراب وعلاقتها به.

6- بيانات عن المشكلة الحالية:- وتشمل الجوانب التالية:

أولاً: أسباب المشكلة (resaons)

لا بد من تحديد أسباب المشكلة تحديداً دقيقاً، لأن عملية تحديد الأسباب توفر على المعالج جهداً كبيراً فيما يتعلق بوضع الخطة العلاجية.وتختلف انواع الأسباب التي تقود إلى المشكلات النفسية والسلوكية، حيث يميز الأخصائيون بين خمسة انواع من الأسباب المؤدية للإضطرابات النفسية هي :

- الأسباب الأصلية ((Original Reasons)

وتسمى الاسباب المهيئة وهي التي مهدت لظهور مشكلات تكيفيه اونفسيه، ومن امثلتها الامراض الجسمية والإعاقات والخبرات المؤلمة في مرحلة الطفولة.

- الأسباب الحيوية (Organic Reasons)

وهي اسباب عضوية المنشأ مثل العيوب الوراثية والتشوهات الخلقية، واضطراب جهاز الغدد، وإصابات الرأس، وعدم اخذ المطاعيم الضرورية...الخ.

- الأسباب البيئية (Environmental Reasons)

وهي اسباب لمشكلات نفسية وسلوكية ومعرفية تنشأ من المجال الاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد ، والمثال عليها اخطاء التنشئة الاجتماعية في الاسرة، وسوء التكيف المهني والمدرسي، وسوء التكيف مع المجتمع كما في الصحبة السيئة، وسوء الاحوال الاقتصادية والكوارث الاجتماعية كالحرب وتدهور نظام القيم، وعدم مناسبة السكن من حيث التهوية والإضاءة والاتساع، وما إلى ذلك من ظروف فيزيقية.

- الأسباب النفسية (Psychological Reasons)

وهي اسباب نفسية المنشأ مثل عدم تحقيق معميل النمو، والصراع النفسي بمختلف انواعه ، والإحباط، وعدم اشباع الحاجات الأساسية، والخبرات الصادمة، والعادات غير الصحية، والمعتقدات الخرافية (اللاعقلانية)، والتناقض الانفعالي، والإصابة السابقة بالمرض النفسي.

- **الأسباب المساعدة (المرسبة) (Auxiliary Reasons)**

وهي الاسباب التي تسبق ظهور المشكلة مباشرة، والتي تعجل بظهورها بعد ان مهدت لها الاسباب الاصلية (المهيئة). ومن امثلتها حالات الفقدان المادي او المعنوي والخسارة المادية، والطلاق، والحوادث البيئية، وهذه الاسباب تمثل القشة التي قسمت ظهر البعير.

ثانياً: الأعراض (symptorns)

وهي علامات المشكلة او المرض التي يجب ملاحظتها ودراستها وربطها بشخصية العميل. ويمكن للاعراض ان تظهر على الجانب الجسدي او المعرفي او الانفعالي او الاجتماعي، او مع هذه الجوانب جميعا في نفس الوقت . وتكشف الاعراض عن الحياة الخاصة للعميل, وتعتبر رد فعل او تعبيرا نفسيا حيويا عن الفرد ككل, وتؤدي وظيفة صيانة مفهوم الذات عن طريق المحاولات السلبية للتكيف مع المشكلات، والسيطرة على القلق، وكف الدوافع غير المقبولة، وهناك وظيفة ثانوية للاعراض المرضية تتمثل في الحصول على العطف، والتهرب من المسؤولية .

ثالثاً: تآريخ المشكلة: (Hestory Case)

ومن أهم المعلومات التي يتم التركيز عليها في تاريخ المشكلة(الحالة) هي الدراسة المسحية الطولية الشاملة لجوانب النمو منذ الولادة، والعوامل المؤثرة به، وأسلوب التنشئة الاجتماعية والخبرات الماضية، والتاريخ التربوي والصحي، والخبرات المهنية والصراعات، وتاريخ الاسرة بطريقة شاملة وموضوعية، ودراسة وضع العميل العائلي في الماضي والحاضر. ويلجأ المعالج إلى سؤال العميل حول ما يتذكره من خبراته الماضية، وذلك للحصول

على المعلومات المطلوبة ، كما قد يلجأ إلى عائلته أ و إلى مدرسته للحصول على معلومات معينة(انظر دراسه الحاله).

رابعاً: الخطط العلاجية السابقة (previous treatement)

إذ لا بد من أخذ بيانات دقيقة حول خطط العلاج السابقة، حتى يتسنى للمعالج التعرف إلى أين وصلت الجهود العلاجية مع العميل، وإلى أين انتهى غيره من الأخصائيين ؟ وما هي نتائجها ؟ هل تحتاج إلى تغيير أم تعديل؟؛ بكلمات أخرى ليقرر المعالج من أين يبدأ في العمل؟ و بذلك يستثني استحدام استراتيجيات علاجية تم استخدامها مع المعالج ولم تؤدي إلى تطور يذكر.

شروط جمع المعلومات العلاجية

حتى تكون المعلومات ذات وزن في العلاج والخدمة النفسية لا بد ان تتوفر بها مجموعة من الشروط والصفات أهمها :

1- الدقة والشمولية: ويشير ذلك إلى البحث عن الحقيقة كما هي دون زيادة أو نقصان أو تزييف، وأخذ جميع جوانب المشكلة وشخصية العميل بعين الاعتبار وعدم اعطاء أهمية لجانب على حساب جانب آخر. مع الأخذ بعين الاعتبار، ان تكون المعلومات مختصرة وقصيرة ومنتقاه تقتصرعلى المعلومات والخبرات المهمة و تساعد في تحقيق اهداف العلاج، وعدم جمع المعلومات التي لا علاقة لها بالعميل .

2- الموضوعية: هي سمة أساسية لابد من توفرها في عملية جمع المعلومات، كذلك في الاختبارات التربوية والنفسية على مختلف انواعها.

ويشير مفهوم الموضوعية إلى اخراج رأي الباحث (الفاحص أو الاخصائي) وحكمه الشخصي من عملية التصحيح او التقييم للمعلومات المجمعة.

3- التجدد والثبات: ويعني ذلك ان تكون المعلومات جديدة ومستمرة خلال تاريخ العميل الدراسي والمهني والاجتماعي، مع الاخذ بعين الاعتبار خاصية الثبات للمعلومات لا سيما تلك التي ترتبط بالقدرات والميول والاتجاهات والمتغيرات الشخصية الأساسية.

4- السرية: بمعنى تجميع المعلومات وتنظيمها على شكل رموز واختصارات ، وتكون في أيدي أمينة لا يطلع عليها إلا المتخصصين وتحفظ في مكان أمين.

5- المعيارية: بمعنى ان يكون هناك معايير أو متوسطات للأداء والسلوك المعين، يمكننا من مقارنة المعلومات المجمعة لهذا السلوك . ويتطلب ذلك عادةً تعريف السلوكيات المراد جمع المعلومات حولها إجرائياً. وتعتبر المعيارية شرطاً أساسياً من شروط وسائل جمع المعلومات، حيث يساعد المعالج النفسي على اصدار حكمه في ضوء معايير خاصة تكون في أغلب وسائل جمع المعلومات كمية مثل معايير النمو والمستوى الصفي ونسبة الذكاء، وقد تكون معايير وصفية مثل معيار الجنس والثقافة.

6- التنظيم والجمع : ويشير ذلك إلى امكانية تنظيمها وتجميعها في سجلات وربطها مع بعضها البعض، وذلك من أجل سهولة الرجوع اليها.

المشكلات التي تواجه عملية جمع المعلومات العلاجية

تواجه عملية جمع المعلومات صعوبات كثيرة منها:

1- تغليف الذات من قبل العميل، والأحجام عن كشف الذات أو المقاومة.

2- تقديم المعلومات المختصرة أو انصاف الحقائق.

3- عدم فهم المعالج للإطار المرجى للعميل، وبالتالي الوصول إلى تفسيرات واستنتاجات غير صحيحة من قبل المعالج.

4- نمو وتغيير العميل.

5- عدم توفر أدوات قياس مناسبة تتسم بالصدق والموضوعية والثبات.

الأساليب الذاتية في جمع المعلومات

يعمد المعالجون والاخصائيون النفسيون إلى استحدام أساليب متنوعة في جمع المعلومات حول المشكلات التي يعاني منها العميل، وحول شخصيتة في نفس الوقت. ويمكن ادراج هذة الأساليب تحت ثلاث انواع رئيسية هي: الأساليب الذاتية في جمع المعلومات ، والاساليب الموضوعية في جمع المعلومات .(والتي سيتم عرضها ومناقشتها في الفصل الخامس)، واساليب جمع وتنظيم المعلومات. وفيما يلي توضيح مفصل للاساليب الذاتيه، واساليب جمع وتنظيم المعلومات .

اولاً: الملاحظة (observation)

يعرف سترانج وموريس (1996) الملاحظة بانها وسيلة أساسية وضرورية من وسائل جمع البيانات، يقوم بها المعالج معتمدا على ادراكاتة وحواسة في جمع المعلومات عن ضاهرة ينوي دراستها، او عن الفرد موضع الدراسة .

وتهدف الملاحظة إلى تسجيل الأحداث التي تؤكد او تنفي فروض خاصة بسلوك العميل ، او التغيرات التي تحدث في سلوك العميل نتيجة للنمو او التفاعل الاجتماعي للعميل في موافقة الطبيعة، كما تهدف إلى تفسير السلوك الملاحظ واصدار توصيات بشان السلوك الملاحظ . وقد تمتد مدة الملاحظة من دقائق إلى ساعات، اعتماداً على طبيعة الضاهرة وامكانية اجراء الملاحظة .

انواع الملاحظة

1) **الملاحظة المباشرة** : حيث يكون الملاحِظون امام العميل وجها لوجه.

2) **الملاحظة غير المباشرة**: والتي تتم دون ان يدرك العملاء انهم موضوع ملاحظة ويتم ذلك في اماكن خاصة مجهزة لذلك.

3) **الملاحظة المنظمة الخارجية** : ويكون اساسها المشاهدة الموضوعية دون التحكم في العوامل التي توثر في السلوك، ويمكن ان تكون تتبعية لسلوك معين ويقوم بها اشخاص آخرين غير المعالج .

4) ال**ملاحظة المنظمة الداخلية** : وهي التي تكون من الشخص نفسة لنفسة، لذا فهي ذاتية (من عيوبها انه لا يمكن تتبعها مع الاطفال).

5) **الملاحظه الدورية :** وهي التي تتم في فترات زمنية محددة وتسجل حسب تسلسلها (كل صباح او كل اسبوع).

6) **الملاحظة المقيدة** : وهي الملاحظة التي تتقيد بموقف معين او بنود فقرات معينة مثل ملاحظة الاطفال في موقف اللعب او التفاعل الاجتماعي .

7) **الملاحظة العرضية** : وهي التي تتم بالصدفة وتكون سطحية وغير دقيقة وليس لها قيمة علمية . كملاحظة العميل في سلوكيات عابرة في المنزل او المدرسة، وبالرغم من ذلك فانها تعطي بعض المعلومات وتستشير بعض الاسئلة.

اجراء الملاحظة

يتم اجراء الملاحظة في عدة خطوات هي :

1) الاعداد المسبق للملاحظة:ويقصد بذلك التخطيط المحكم للسلوك الملاحظ، وتحديد المعلومات المطلوبة بالضبط، وتجهيز الادوات اللازمة للتسجيل .

2) تحديد الزمان التي ستجرى فية الملاحظة.

3) تحديد المكان الذي ستجرى به الملاحظة هل هو مكان طبيعي ام مكان مجهز؟ فاحياناً تتم الملاحظة في غرف خاصة مجهزة بالادوات والمعدات الازمة, كأن يكون بها حجاب الرؤية من جانب واحد (one way screen)، وذلك بهدف ان يتصرف العملاء بتلقائية دون اصطناع . وقد تكون هذه الغرف مجهزه بالاجهزة الصوتية والبصرية اللازمة. وقد تتم ايضا في أي مكان يحد ث به السلوك في المواقف الطبيعية مثل رحلة مدرسية او داخل الصف او في الشارع.....الخ

4) اعداد دليل الملاحظة: وهو دليل يشتمل على عينات السلوك الملاحظ. ويستخدم بعض الملاحظين قائمة مراجعة (check list) كد ليل يشتمل على الموضوعات الهامة التي ستلاحظ، ومن امثلتة "كراسة الملاحظ"التي تحتوي على جميع المعلومات العامة عن الشخص الملاحظ كقدراتة وحالتة الصحية , وسمات شخصية، ومعلومات عن اسرتة ....الخ

5) اختيار عينات سلوكية ممثلة للملاحظة:-على الملاحِظ ان يغطي عند ملاحظتة لسلوك الشخص اكبر عدد من مواقف الحياه المختلفة، مع الاهتمام بكامل الموقف الملاحَظ منذ بدايته و حتى نهايتة . وبذلك يعطي صوره

متكاملة وواضحة لسلوك العميل؛ (فمن الممكن ان يكون عميل خجول مربوط اللسان في موقف معين وخطيبا في موقف اخر).

6) عملية الملاحظة : يجب ان تتم ملاحظة الشخص الواحد في الموقف الواحد والوقت الواحد. ويجب ان يقوم بالملاحظة اكثر من ملاحِظ للموقف ضمانا للموضوعية. واذا تم ملاحظة اكثر من شخص يفضل استخدام اجهزة اخرى للملاحظة والمراقبة.

7) التسجيل: قد يتم تسجيل الملاحظة في نفس الوقت او بعد ان ينتهي الموقف، وهنا يوجد امكانية للنسيان لذا يفضل التسجيل الفوري .

8) التفسير:بعد تسجيل الملاحظة ياتي التفسير، والذي يتم في ضوء الخلفية الثقافية والتربوية والاجتماعية والاقتصادية للعميل. وذلك بعد ملاحظة الخبرات السابقة التي جمعت بوسائل جمع المعلومات الاخرى .

مجالات استخدام الملاحظة.

1) **اخذ العينية بالزمن :** تستخدم هذة الطريقة في دراسة نمو الاطفال وفي عملية التعليم؛ فيقوم المعالج باختيار سلوكيات معينة تحدث في فترات زمنية محددة تكون عادة قصيرة المدى، وتطبق على طفل واحد او مجموعة اطفال حيث تتم ملاحظتهم بشكل دوري .وخير مثال على ذلك تحليل التفاعل الصفي القائم على السلوك اللفظي بشكل دوري لكل من المعلم والعميل وتصنيف سلوك العميل على انه مبادر او مستجيب لمثير معين.

2) **اخذ العينة بالحدث** : وتستخدم في دراسة احداث معينة كالبكاء لدى الاطفال، او استخدام المعلم للرعاية حيث يصف الباحث السلوك بالاسلوب السردي.

3) **التحليل المتتابع :** ويستخدم عندما يكون اهتمام الملاحظ ربط سلوك باخر، او اذا اراد معرفة اذا كان السلوك مشروط بسلوك سابق، فيستخدم مسجل الكتروني يسمح بالتسجيل باقصى سرعة، ثم يحلل البيانات بواسطة الكمبيوتر (مثل دراسة التفاعل بين الام والطفل)

4) **مقاييس التقدير:** يرى كيرلينر(kerlenyre) ان هذة المقاييس تعطي احكاما على السلوك المدرك عن طريق الحواس في دراسة نمو الطفل، ويكون ذلك بوضع اشارة X مثلا جانب الاجابة الاكثر انطباقا على الفرد. وتأخذ الاجابات صيغ متعددة مثل (دائما,احيانا,ابدا) . ويجب الاشارة هنا الا ان هذا يتاثر بذاتية المعالج فاذا احب طفلا مثلا يميل إلى تقديرة بالايجاب والعكس صحيح .

5) **وصف العينة :** يقوم الملاحظ هنا بتسجيل كل شئ يحدث بالتتابع ودون اختيار، مع استخدام اجهزة الكترونية بهدف تسجيل الملاحظات وتحليلها فيما بعد.

مصادر الخطأ في الملاحظة :

قد يتاثر سلوك الملاحَظ بعوامل عدة توثر في صدق الملاحظة المباشرة وهي:

1) رد الفعل : وهو تغير السلوك نتيجة لملاحظتة ، وذلك بسبب معرفة العميل انه يتم ملاحظته، ومعرفة المعالج انه سيتم التحقق من دقة المعلومات التي يجمعها .

2) درجة تعقيد الملاحظة :ويعتمد ذلك على عدد الاشخاص الذي يتم ملاحظتهم وعدد السلوكيات ومدة الملاحظة .

3) نزعة الملاحظة نحو تغير التعريفات الاصلية : يتم تدريب الملاحِظين قبل البدء بجمع المعلومات، كي يزداد احتمالية التزامهم بتعريف السلوك وطرق الملاحظة والقياس التي سيتم استخدامها. ولكن احيانا يغيرون ذلك فيصبحون اقل التزاما بالمعايير التي يحتكمون اليها عند تسجيل حدث. وقد لا يحدث السلوك اصلا اثناء الملاحظة، مع احتمالية ان يقل الصدق اذا كان تعريف السلوك غير واضح او كامل، او اذا تعرف الملاحِظ على المعلومات التي جمعها الملاحِظون الاخرون.

4) توقعات الملاحظ والتغذية الراجعة : اذا توقع الملاحَظ التغير في السلوك نتيجة التعزيز مثلا ، فإنه سيكون اكثر قابلية للقيام به من الشخص الذي ليس لديه توقعات معينة. كذلك قد توثر التغذية الراجعة التي يتوقعها الملاحَظين فيما يتعلق بفعالية العلاج بصدق الملاحظة ، لذا يجب عدم ابلاغهم بالنتائج المتوقعة من المعالجة.

مزايا الملاحظة :

1) يمكن الحصول على معلومات في الملاحظة لا يمكن الحصول عليها بطرق اخرى مثل ملاحظة تفاعل الاطفال.

2) تتبع دراسة السلوك الفعلي في موافقة الطبيعية، وذلك افضل من اللجوء إلى قياس السلوك عن طريق الاختبارات مثلا والذي يختلف لحد كبير عن السلوك الملاحظ .

3) تساعد الملاحظة على تحليل سلوك الشخص في حالات متعددة .

4) تساعد الملاحظة على وضع معايير لاغراض التقويم.

5) تسمح بجمع البيانات في الاحوال التي يبدي فيها العميل نوعا من المقاومة للمعالج .

عيوب الملاحظة:

1) تحتاج الملاحظة لوقت وجهد اكثر، مقارنة مع وسائل جمع المعلومات الاخرى.

2) بعض الاشخاص لا يرغبوا في ان يكونوا موضوع ملاحظة.

3) كي يتم ملاحظة السلوك الفعلي لا يتم اخبار العميل بذلك مسبقا، وهذا ما يتعارض مع اخلاقيات العلاج النفسي.

4) انخفاض دقة الملاحظة؛ لأن الملاحظ يسجل ظواهر- تحدث في الواقع المعاش- يصعب اخضاعها للتجربة والاختبار ، هذا مع عدم امكانية استخدام ادوات مقننة في القياس على درجة عالية من الدقة والثبات. وقد تكون الملاحظة وسيلة سيئة اذا كان المعالج يلاحظ فقط ما يتفق مع اهتماماتة واتجاهاته .

ثانياً:المقابلة العلاجية

عرف سترانج (Strang) المقابلة بانها قلب العلاج النفسي، وقد ميز ملامحها الأساسية بقوله: ان المقابلة العلاجية عبارة عن علاقة مواجهة دينامية وجها لوجه بين عميل يسعى إلى طلب المساعدة لتنمية استبصاراته التي تحقق ذاته، والمعالج النفسي القادر على تقديم هذه المساعدة خلال فترة زمنية معينة وفي مكان محدد.

وعرفها الين روس (Alan. Ross) بانها عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين او اكثر، الأول هو اخصائي العلاج النفسي، والثاني هو الشخص الذي يتوقع مساعدة فنية محورها الأمانة وبناء العلاقة الناجحة.

وعرفها ستيوارت وكاش (Stewart & cash, 1978) على انها عملية اتصال مزدوج لتحقيق هدف جدي سبق تحديده، متضمنة اسئلة وأجوبة عليها وهي تعتبرمن الوسائل الرئيسية في تغيير سلوك العملاء.

اما (زهران ،1984) فيعرف المقابلة العلاجية على انها مواجهة انسانية بين المعالج النفسي والعميل في مكان محدد، وبناءً على موعد مسبق لفترة زمنية معينة من أجل تحقيق أهداف خاصة.

مما سبق نستطيع القول ان المقابلة هي علاقة اجتماعية مهنية دينامية وجهاً لوجه، بين المعالج والعميل في جو نفسي آمن تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين من أجل حل مشكلة، أي انها علاقة فنية حساسة يتم فيها تفاعل اجتماعي هادف وتبادل معلومات وخبرات ومشاعر واتجاهات. وهي أعقد اسلوب علاجي بالمقارنة مع التقنيات والأساليب العلاجية الأخرى.

أهمية المقابلة العلاجية :

تبرز أهمية المقابلة العلاجية بانها في جوهرها عملية إتاحة فرصة للتعبير الحر عن الآراء والأفكار والمعلومات. ويمكن تحقيق الاستفادة القصوى من المقابلة العلاجية، وفقا لما يتميز به المعالج النفسي من مهارات وفنيات تدعم إجراءها وتعمل على دفعها إلى تحقيق أهدافها. فادارة المقابلة

العلاجية بالكفاءة المهنية المرجوة يحقق المعنى المقصود من أهمية استخدامها، ومن ثم يمكن تقويم ومساعدة العملاء.   .

وتتيح المقابلة العلاجية الفرصة لجمع وتوفير المعلومات الضرورية التي تزود المعالج أو الأخصائي النفسي بفهم شامل لحالة العميل،لاسيما فيما يتعلق بالأحداث التي وقعت له والأزمنة التي مر عليها والأماكن التي عاش فيها، وذلك يساعدة على شرح وتفسير وتحليل حالة العميل وتسجيلها وتقييم امكانياته على اسس علمية مدروسة، وبالتالي تحقيق الهدف العام من المقابلة العلاجية وهو إعادة بناء شخصية العميل وتنميتها، الأمر الذي يحدث تأثيراً في سلوكه و يتغير ويتوجه نحو الأفضل.

اتجاهات المقابلة العلاجية :

تتم المقابلة العلاجية بناءً على اتجاهين اساسيين هما :

1- **الاتجاه المباشر:** ويتميز بان المعالج النفسي هو الذي يحدد سير المقابلة العلاجية وتوجيهها كيفما يشاء، ويسيطرة على الظروف المحيطة بها وعلى وسائل الاتصال بينه وبين عميله وتحديد اهدافه. ويعمل المعالج النفسي الذي يتبنى هذا الاتجاه على مساعدة العميل لتحديد نقاط الضعف والعمل على تلافيها، ونقاط القوة والعمل على تشجيعها، وبناءً علية يصل العميل إلى مرحلة يتعلم فيها كيفية تحقيق الاهداف من المقابلة العلاجية بسهولة ويسر وفي اقصر وقت ممكن ، ويعتبر توفير الوقت والجهد المبذول في المقابلة العلاجية من اهم ميزات الاتجاه المباشر.

2- **الاتجاه غير المباشر :** ويتميز بان العملاء هم الذين يحددون الاهداف والغرض من المقابلة العلاجية، وكذلك السيطرة على وسائل

الاتصال بينهم وبين معالجهم ، حيث يعمل المعالج النفسي ضمن هذا الاتجاه على تنمية شخصية العميل و قدرته على اتخاذ قراراته بنفسه، وتوضيح خبراته وتقبلها ودمجها في مفهومه عن ذاته، الأمر الذي يساعد في تكامل شخصيته وعدم ادخالها في صراعات بين خبراته ومفهومه عن ذاته.

عناصر المقابلة العلاجية

1- المواجهة الانسانية :

لا تتم المقابلة بدون مواجهة بين المعالج النفسي والعميل وجها لوجه. والمواجهة وحدها لا تكفي لتكون عنصراً من عناصر المقابلة العلاجية دون ان تتسم بالسمة الانسانية - والتي تعتبر من العناصر الأساسية في عملية العلاج النفسي . لذلك فالابتسامة التي يستقبل بها المعالج النفسي عميليه في بداية كل مقابلة وعند نهايتها، والمشاعر الودية المميزة بالصدق والأمانة، والتعاطف الوجداني التي يبديها في علاقته بهم يمكن ان تضفي على المقابلة روحاً انسانية وتدعمها وتسهم في تحقيق اهدافها.

2- المكان المحدد :

من البديهي ان تتم المقابلة في مكان محدد ثابت لا يتغير بين حين وآخر، بحيث يكون معروفاً لكل من المعالج النفسي والعميل، فلا يجوز ان يقابل المعالج النفسي عميله كل مرة في مكان مختلف عن المرات السابقة.

ويؤكد بعض المعالجين على اهمية اجراء المقابلات في المكاتب الانيقة ذات الكراسي المريحة، حيث الزهور على المكتب. وبينما تكون اناقة المكاتب مهمة فانها ليست أساسية لانجاح المقابلة؛ إذّ بإمكان المعالج الجيد التغلب

على عيوب المكان من خلال تقبله للعميل ، فإذا كان مهتما بمساعدته وكان مستعدا للاصغاء باهتمام محاولا الفهم فسينسى هو والعميل المكان، واذا تركزت المقابلة على العميل فستنجح حتى لو كانت الكراسي غير مريحة والنوافذ بلا ستائر. صحيح ام المحيط المادي مهم، الا ان اجواء الدفء والتفاهم والقبول وانعدام الضغط هي الأهم.

3- الموعد المسبق :

لا يهتم بعض المعالجين بتحديد موعد مسبق لمقابلة عملائه حيث يقابلهم كلما أتى احدهم اليه في أي وقت خلال ساعات العمل المكلف بها، مما يؤثر على ممارساته اليومية وخططه العلاجية وانتاجيته واضاعة الوقت. من جهة اخرى يصر الكثير من المعالجين النفسيين على تحديد موعد مسبق للمقابلة، مما يدعم الهدف العام منها ويتم تنظيم العمل خلالها.

ان تحديد الفترة الزمنية التي تستغرقها المقابلة العلاجية أمر هام جداً، حيث انها تساعد المعالج النفسي على تخطيط استراتيجيته العلاجية وفقا لها، كما انها تنظم المقابلات المتتالية فلا تطغى مقابلة مع عميل ما على مقابلة اخرى مع عميل آخر . لذا يجب على المعالج ان يحدد زمن المقابلة- يتراوح بين 20 دقيقة و60 دقيقة وفي المتوسط يكون 45 دقيقة- ويوفر الوقت الكافي لكل من يأتي للمقابلة عند اول جلسة علاجية، آخذاً بعين الاعتبار ان يكون الوقت ملائماً له و للعميل في نفس الوقت. ويختلف الوقت اللازم للعلاج من عميل لآخر باختلاف القضايا المعروضة خلال المقابلة فإذا انعقدت المقابلة مثلا لغرض تخطيط وتنظيم برنامج للدراسة فان الوقت المخصص يتراوح ما بين(20–30) دقيقة، أما اذا كان العميل عند مفترق طرق ولا يعرف أي

اتجاه يسلك فقد تكفي ساعة لتحديد مشكلته وتقصي البدائل والتوصل إلى قرار. ولا شك ان التقيد بفترة زمنية معينة ينظم عمل المعالج حيث يمكنه التنبؤ بعدد العملاء الذين يمكن مقابلتهم خلال ساعات ممارسته اليومية فيعد نفسه لاستقبالهم.

4- الاهداف الخاصة :

تتم المقابلة من أجل تحقيق أهداف خاصة وواضحة ومحددة مسبقا تتعلق بمساعدة العملاء في احداث تغير إيجابي في شخصياتهم. فالأغراض التي تؤديها المقابلة أساساً هي نفس الأغراض التي يؤديها العلاج، وهي مساعدة الاشخاص على اختيار الاهداف والغايات، واكتشاف الوسائل اللازمة لتحقيق هذه الاهداف . إلا ان الهدف من المقابلة قد يختلف من عميل لآخر ومن مقابلة لأخرى، فمنهم من يطلب المقابلة بهدف تعديل أو تغيير السلوك، ومنهم من يطلبها بهدف التخطيط لمستقبل تربوي أو مهني، ومنهم من يطلبها بهدف تحديد القدرات والاستعدادات والميول.

انواع المقابلة العلاجية :

تقسم المقابلة العلاجية إلى مجموعة من الانواع حسب المعاييرالتالية:

1- انواع المقابلة حسب طبيعة المشكلة:

- **المقابلة المعلوماتية :** وهي التي يطلب فيها العميل من المعالج معلومات حول الدراسة أو التخصص أو كيفية الدخول إلى الجامعات أو المعاهد، وتتميز بانها غير مخطط لها وغير مبرمجة، والتفاعل فيها يكون ضئيلا بين من يقوم بها وبين العميل. ولكنها قد تكون فاتحة للمقابلة العلاجية

المنظمة، وقد لا تحتاج هذه المقابلة إلى مران فقد يقوم بها المدرس او الوالدين.

– **المقابلة المهنية :** تهدف إلى تحليل الفرد ومعرفة الجوانب الشخصية لديه ومدى ملاءمتها مع المهن؛ بهدف وضعه في المكان المناسب لكي يستطيع ان يؤدي واجباته بصورة سليمة. ومن الأمور المهمة في هذه المقابلة جمع المعلومات عن النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية لدى العميل.

– **المقابلة العلاجية (الاكلينيكية):** وهي المقابلة التي تتم بهدف تشخيص مرض أو وضع اجتماعي معين والبحث عن حلول، ويفيد هذا النوع من المقابلات في مجال الأمراض النفسية ومشكلات الأسرة والتكيف الاجتماعي. ويحاول المعالج ان يجمع أكبر قدر من المعلومات حول المواقف التي تحدث فيها الظاهرة المرضية، ويتطلب ذلك خبرة عالية ومران وتخصص في العلاج النفسي؛ لانه يبحث في حالات إنفعالية عميقة قد يعجز عن التوصل إلى حلها بدون اللجوء إلى المقابلة العلاجية . ويندرج تحت هذا النوع من المقابلات المقابلة العلاجية، التي تهدف إلى تمكين الفرد من فهم نفسه وقدراته واستبصار مشكلاته ونواحي القوة والضعف عنده وتستخدم هذه المقابلة في حل المشكلات الإنفعالية التي لم تصل إلى حد الاضطراب النفسي بعد.

2- انواع المقابلة حسب عدد المشتركين :

– **المقابلة الفردية :** وهي التي تجري بين شخصين احدهما المعالج والآخر العميل، الذي يجب ان تتاح له الفرصة في ان يعبر عن نفسه

تعبيرا كاملا صادقا. وهنا تكون الحالة او المشكلة خاصة، بحيث تستدعي ان لا يكون أحد غيرهما في غرفة العلاج.

– **المقابلة الجماعية** : وتتم بين المعالج ومجموعة من العملاء، وتجرى عندما يكون هناك تشابه في مشكلات العملاء، بحيث يتم جمعهم وتحديد أهدافهم ويعمل المعالج على مساعدتهم في تحقيقها من خلال هذه المقابلة. وتهدف المقابلة الجماعية إلى توفير الجهد والوقت والتكاليف.

3- انواع المقابلة حسب الطريقة المتبعة :

– **المقابلة الحرة (غير المقننة):** وهي نوع من المقابلات تستخدم في التعرف على الدوافع والاتجاهات وتقييم العميل للأمور، كما تلقي الكثير من الضوء على الاطار المرجعي والاجتماعي لمعتقداته ومشاعره. ولا يمكن تحقيق ذلك الا اذا كانت استجابات العميل تلقائية ومتعمقة وعفوية. وتتميز المقابلة الحرة بالمرونة المطلقة فلا تحدد فيها الاسئلة التي ستوجه للعميل ولا احتمالات الاجابة؛ إذ يترك فيها قدر كبير من الحرية للعميل ليفصح عن ارائه واتجاهاته وانفعالاته ومشاعره ورغباته.

- **المقابلة المقننة** : وهي التي تكون مقيدة بأسئلة معينة محددة سلفا يجيب عنها العميل وبمواصفات محددة مسبقا، وتقترب المقابلة المقننة إلى حد كبير من الاختبار السيكولوجي ، وتتميز بانها علمية في طبيعتها مقارنة مع المقابلات غير المقننة؛ لانها توفر الضوابط اللازمة التي تسمح بالتحكم فيها وفي سيرها وإجراء فنياتها.

- **المقابلة المتمركزة حول الموضوع** : وتهدف إلى تركيز اهتمام العميل على خبرة معينة وعلى آثار هذه الخبرة مثل فاجعة عائلية. والمعالج النفسي يعرف مقدما هذه الخبرة ويعد الاسئلة المرتبطة بكافة جوانبها وأبعادها. وتستخدم هذه المقابلة بصفة عامة في الاسلوب غير المباشر، لتشجيع العميل على تحديد الموقف الذي تعرض له ، وذلك عن طريق الاشارة إلى اهم الجوانب في هذا الموقف ثم التدرج في استطلاع استجابة العميل .

مبادئ المقابلة العلاجية :

1- **العلاقة الانسانية** : يجب ان تتميز المقابلة العلاجية بعلاقة انسانية دافئة بين المعالج النفسي والعميل، بحيث تكون مبنية على الثقة والاحترام المتبادل. ويمكن للمعالج النفسي ان يخلق هذه العلاقة في اول مقابلة مع عميله، بحيث يجعله يشعر ان ما يهتم به العميل هو موضع اهتمام بالغ من قبله . وقد يظهر احترام المعالج للعميل من خلال بعض الاستجابات اللفظية الدافئة التي تعتبر انعكاسا لمشاعره الداخلية نحو عميله، بحيث تعبر عن تعاطفه الوجداني معه، الامر الذي يدعم هذه العلاقة الانسانية.

ومن المبادئ التي تعكس خصائص المعالج النفسي الجيد المحبة والدفء والتقبل، الفهم، التسامح، السرية، التعاطف الوجداني. ويعتمد النجاح في المقابلة بصورة رئيسية على نوعية التفاعل بين المعالج والعميل، وعلى نوعية العلاقة الموطدة بين الاثنين .

2- **المناقشة الموضوعية** : يجب ان تدار المناقشة بين المعالج النفسي والعميل بموضوعية مطلقة، دون تحيز لفكرة أو تعصب لرأي أو دعوة لمبدأ وعلى المعالج النفسي ان يقدم تغذية راجعة ايجابية للعميل، وان يواجه افكاره وعواطفه اذا كانت متناقضة ليصلح موقفه تجاهها والعمل على تعديلها.كما يجب ان تكون المناقشة واضحة وصريحة من جانب الطرفين في المقابلة العلاجية، فلا يكتنفها أي غموض أو لبس لذلك على المعالج النفسي ان يطرح اسئلته مهما كانت حساسيتها بصراحة تامة ووضوح جلي وبلا تردد أوخجل، حتى يشجع عميليه على الاجابة عنها بنفس الصراحة والوضوح وبلا خجل.

3- **الاهتمام والقبول** : لابد ان يشعر المعالج باهتمام حقيقي خاص بالشخص الذي تجري مقابلته. فالاهتمام هو اساس المحبة .وقد لا يشعر المعالج في بداية العلاقة العلاجية بالمحبة والاهتمام الخاص بالعميل، ولكن هذا الاحساس يتطور مع اهتمامه بحديث العميل وبمنحه التلميحات أو المعلومات التي تجعله يبرز كانسان مثير للاهتمام، ومع تنامي الاهتمام تكبر المحبة ، وإذا اكتشف المعالج عدم إمكانية تنميته للشعور بالمحبة للعميل أو كان في الواقع يكرهه ينبغي ان يحيله لمعالج آخر للعمل معه، وإذا استحالت الإحالة لا بد من ان يحاول السيطرة على مشاعره والعمل مع العميل بأفضل ما يمكن.

4- **الفهم والاحترام** : يوصل المعالج الفهم والاحترام من خلال الاصغاء والتقمص العاطفي و ردوده واستجاباته. ويتطلب الفهم وضع المعالج لنفسه في مكان العميل عاطفيا ونفسيا، ورؤية الأمور من مرجعه،

وفهم اعتراضه ومعنى الأشياء له. ويجب ان يشعر العميل ان المعالج يحترمه ويريد ان تكون له ذاته ويكون مقبولا من الآخرين، وانه يؤمن بأهميته وكرامته وقدرته على اتخاذ قرارات صائبة ويرغبة للقيام بذلك.

5- **الخصوصية والخلو من المقاطعات**: يجب ان يجري المعالج المقابلة بروية لا بتعجل . فغالبا ما تتعرض المقابلات للمقاطعة خاصة في المدارس من قبل المكالمات الهاتفية، فإذا تم التعامل معها بلباقة فسيلاحظ العميل ان المعالج يحاول بأمانة تخفيفها وسيفهم ويتقبل مثل متطلبات الواقع هذه. ان المقاطعة تؤثر على طرفي المقابلة، ولا تمكنا من استغلال الوقت كما لو كنا سنستغله في غياب المقاطعة. ربما لا يكون الوسط والجو المريح اساسيا للمقابلة الناجحة، بل تكون الخصوصية هي الاهم.

اجراءات المقابلة

ما الذي يفعله المعالج عند مقابلة العميل ؟

1. **الاعداد والإصغاء للعميل:**

على المعالج ان يقف ويرحب بالعميل عند دخول الثاني إلى غرفة العلاج، ويعرفه بنفسه ويشير له لمكان الجلوس، ويهتم اهتماما كبيرا به، ويتجنب العبث بأي شيء في يده لأن ذلك سوف يعطي العميل شعورا بعدم الاهتمام ويدفعه لعدم اتمام المقابلة.

الاهتمام :

ان الانتباه هو احد طرق الاتصال الهامة، وهو وسيلة لتقوية عملية التفاعل بين المعالج والعميل وتعزيز الاستمرار في نقل الاخير افكاره

للمعالج. ويمر الانتباه في قنوات اهمها: تعابير الوجه وحركة الجسم، مستوى التقبل والاستحسان، الاستجابات اللفظية والإيماءات.

2. **استعمال وسائل الاتصال المختلفة :**

ان الوجه يعتبر مرآة الجسم اذ انه يعبر عن الحالات العاطفية والانفعالية (الفرح والغضب والحزن والألم) والحالات الشخصية، وتعبير الوجه يقدم تغذية راجعة غير لفظية عن تعليقات الآخرين. كما ان الاتصال الجسدي يعكس نوعية العلاقة الموجودة بين المعالج والعميل، وربما يعبر عن القلق عند احدهما.

3. **ان يكون المعالج حيوياً :**

تعطي الحيوية عند المعالج العميل شعورا بانه متيقظ، وانه يستجيب للاتصال الجاري بينهما، والابتسامة هي التعبير الاكثر ملاحظة وتاثيراً . مع الاخذ بالاعتبار ان المبالغة في الابتسام والضحك يكون من المؤثرات السلبية على المقابلة.

4. **الانتباه لرسائل الجسم الصادرة عن العميل :**

ان استرخاء جسم العميل وعدم ظهور التوتر عليه يعطي احساسا بانه في وضع مريح يتسم بالرضى والتقبل وعدم الشعور بالملل، كما ان نبرات صوته اثناء الحديث تعبر عن رضاه أو عدمه، وعلى المعالج الانتباه لمثل هذه الرسائل وسؤال العميل عما يشعر به.

6. **الصمت** :

ان مسؤولية المعالج في جعل العميل يستمر في الاجابة، تجعل الصمت بشكل عام أمراً مرعباً بالنسبة للمعالجين، لاسيما الجدد منهم ويظهر ضعفهم في التعامل معه. وهناك انواع للصمت لكلٍ منها اهداف خاصة اهمها:

أ- صمت المعالج : لكي يجمع افكاره وينظمها ليواجه العميل أو يسأله.

ب-صمت العميل : لكي ينظم افكاره ويعد اجاباته على اسئلة المعالج، وقد يكون كوسيلة دفاعية وعدم رغبته في تحمل المسؤولية.

ج-الصمت العلاجي: يستعمل المعالجون الصمت كأسلوب مفضل يمكن ان يستعمل في مواقف محددة لنقل رسالة علاجية للعميل.

د-الصمت الحريص: يحدث في لحظات لا تكون هناك كلمات لاستجابة مناسبة للمشاعر الموجودة في الجلسة العلاجية، كأن تكون فترة صمت اثناء بكاء العميل.

هـ - تركيز الصمت : حيث يركز المعالج انتباهه على اللحظة الحالية، وكانها حالة تشبه حالة انسان يتوقف للاستماع، وتتيح للعميل ان يستمع بنفسه.

6- تسجيل المقابلة: لتسجيل المقابلة اهمية كبيرة في تحقيق اهدافها، فقد يكون التسجيل كتابي او فوري بعد المقابلة أو بإستخدام اجهزة التسجيل الصوتي والمرئي شريطة موافقة العميل على ذلك .

مزايا المقابلة العلاجية

- تمكنا من الحصول على معلومات لا يمكن الحصول عليها عن طريق الوسائل الأخرى، كما انها تتبع افضل الطرق الملائمة لتقييم بعض الخصائص الشخصية مما يتيح فهم أفضل للعميل .
- إتاحة فرصة التنفيس الانفعالي وتبادل الآراء المشاعر في جو نفسي آمن.
- إتاحة الفرصة إمام العميل للتفكير في حضور مستمع جيد، مما يمكنه من التعبير عن نفسه ومشكلته .
- تنمية المسؤولية الشخصية للعميل.
- توجيه الأسئلة في المقابلة بالتدريج والتسلسل الذي يريده المعالج، فلا يطلع العميل على الأسئلة قبل الإجابة .
- يمكن للمعالج التعرف على شخصية العميل ككل، الأمر الذي تعجز عنه الطرق ألأخرى خاصة الاختبارات التي تقيس كل جزء بمعزل عن الآخر .
- تشمل المقابلة مجموعة من المواقف السلوكية التي يستشف منها المعالج الكثير من الحقائق، فيلاحظ الجوانب الإنفعالية والحركية وحدة التعبيرات وتفكير العميل .
- تمتاز المقابلة عن طريق الملاحظة في بحث الأمور التي ليس لها وجود محسوس كالتماسك الاجتماعي .

- تمتاز بإمكانية الوصول لمستويات أعمق من دوافع الفرد، وتخدم الأميين وأصحاب المستويات الضعيفة من التعليم .

عيوب المقابلة العلاجية

1- التأثر بالعوامل الذاتية في تفسير نتائج المقابلة فقد يخطئ الباحث في تقدير السمات أو يبالغ بها حسب خبرته واتجاهاته وميوله ، وقد يكون متحيزا عند تسجيل ملاحظاته حول العميل أو عند تحليلها .

2- انخفاض معامل الصدق والتقدير لاختلاف الاستعدادات، والقدرات، والميول، المشاعر لدى العميل.

3- انخفاض معامل الثبات؛ لاختلاف مشاعر العميل وخبراته ومشكلاته من يوم لآخر .

5- عدم جدواها كثيرا في حالات الأطفال الصغار والافراد محدودي الذكاء، الذين يصعب عليهم التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم .

ثالثاً: الاستبيان (questionnaire)

يعتبر الاستبيان أداة ملائمة للحصول على المعلومات والبيانات والحقائق المرتبطة بواقع معين، او تلك المتعلقة بموضوع بحث محدد عن طريق استمارة يجري تعبئتها من قبل المستجيب. وله أهمية كبيرة في جمع البيانات اللازمة لاختبار الفرضيات في البحوث التربوية والاجتماعية والنفسية. فهو يستخدم في دراسة الكثير من المهن والاتجاهات وانواع النشاط المختلفة . فجمع المعلومات عن ادراك الإفراد واتجاهاتهم وعقائدهم وميولهم وقيمهم ومشاعرهم وخططهم للمستقبل وسلوكم الحاضر والماضي، كلها أمور تتطلب دراستها استخدام الاستبيان.

شروط الاستبيان الجيد

1- ان يعالج مشكلة هامة تهم نتائجها تقدم البحث.

2- ان يبين أهمية المشكلة بوضوح في التعليمات التي تسبق الاسئلة.

3- ان تكون تعليماته حول الإجابة عن الأسئلة سهلة وواضحة.

4 - ان تكون طباعته سهلة ومقروء، وأسئلتة موضوعية ومرتبة ترتيبا سيكولوجيا يناسب مستوى المفحوصين .

انواع الاستبيان

أولا: من حيث طبيعة الأسئلة والأجوبة التي تطرح على المستجيب.

1- الاستبيان المغلق:

حيث يطلب من المفحوص اختيار الإجابة الصحيحة من مجموعة من إجابات مثل: (نعم.لا.غالبا.أحيانا. نادرا). ويتميز هذا النوع بما يلي :

- يساعد المعالج في الحصول على معلومات وبيانات، أكثر مما يساعد على معرفة العوامل والدوافع والأسباب.
- سهولة الإجابة عليه.
- لا يتطلب وقتا طويلا من المفحوص للإجابة على فقراته.
- قلة التكاليف.
- سهولة تفريغ المعلومات منه.
- لايحتاج المستجيب للاجتهاد، فما عليه إلا اختيار الجواب المناسب فقط.

عيوب الاستبيان المغلق

- قد يجد المستجيب صعوبة في إدراك معاني الأسئلة.
- لا يستطيع المستجيب أبدء رأيه في المشكلة المطروحة .

2- الاستبيان المفتوح:

في هذا النوع من الاستبيانات يترك للمفحوص حرية التعبير عن آرائه بالتفصيل، مما يساعد الباحث على التعرف إلى الاستبيان والعوامل والدوافع التي توثر على الآراء والحقائق .

ومن ميزاته:

- ملائم للمواضيع المعقدة .
- سهل التحضير.

عيوب الاستبيان المفتوح.

- تجنب المفحوصين عادة الكتابة عن أرائهم بشكل مفصل .
- مكلف ويحتاج إلى وقت كبير.
- صعوبة تحليل الإجابات وتصنيفها.

3- الاستبيان المغلق المفتوح:

يتكون من أسئلة مغلقة يطلب من المفحوصين اختيار الإجابة المناسبة لها، وأسئلة أخرى مفتوحة تعطيهم الحرية في الإجابة. ويستخدم هذا النوع من الاستبيانات عندما يكون موضوع البحث صعبا ومعقد، مما يعني الحاجةالى أسئلة واسعة وعميقة.

ومن ميزاته:

- أكثر كفاءة في الحصول على المعلومات .
- يعطي الفرصة للمستجيب لإبداء رأيه .

4- الاستبيان المصور:

تقدم فيه الأسئلة على شكل رسوم أو صور، بدلا من العبارات المكتوبة. ويقدم هذا النوع إلى الأطفال والاميين وتكون تعليماته شفهية.

ثانيا – من حيث طريقة التطبيق.

يمكن تقسيم الاستبيان حسب اجراءات التطبيق إلى نوعين رئيسين هما:

1- الاستبيان المدار ذاتيا من قبل المبحوث ويرسل بالبريد أو يوزع عبر صفحات الصحف أو عبر الإذاعة والتلفاز ، وفي هذه الحالة يتصرف المبحوث ويستجيب من تلقاء نفسه.

2- الاستبيان المدار من قبل طرف الباحث .

إجراءات تصميم الاستبيان.

1- تحديد مشكلة البحث وموضوعه واستقصاء المشكلة من جميع جوانبها،وتحديد المعلومات المطلوبة في البحث، مع الحرص ان تكون كافية، وعدم جمع المعلومات التي ليس لها علاقة بالموضوع .

2- تحديد الإفراد الذين يمثلون مشكلة البحث والذين سيطلب منهم تعبئة الاستبيان .

3- تقسيم موضوع البحث إلى عناصره الرئيسية؛ ليتمكن الباحث من التعمق في فهمه، وبالتالي وضع أسئلة محددة تتناول جميع جوانب المشكلة وتغطي عناصرها الأولية .

4- تحديد نوع الاستبيان .

5- وضع الاسئلة حول العناصر المتعلقة بمشكلة الدراسة، وتعتبر صياغة كلمات الأسئلة احد إسرار نجاح الاستبيان. وتتميز الأسئلة الجيدة بعده مواصفات اهمها :

ا- لا تحمل تحيز مع أو ضد بديل معين من بدائل الاستجابة فمثلا السؤال: الا تشعر بان الناس يجب ان يعبروا عن مشاعرهم بصدق وأمانة ؟ يوحي للمفحوص ان الناس يجب ان يكونوا صريحين.

ب- طريقة التعبير والصياغة تكون بسيطة ومحددة .

ج- تحاول الأسئلة الجيدة استبعاد الإجابة بإهمال .

6- تفحص الأسئلة ومراجعها وإدخال التعديلات اللازمة، ولكي يتم ذلك فمن الافضل للمعالج عرض مسودة الاستبيان على زملائه أو محكمين والاستماع لارائهم ومراعاتها، لانها تكون أكثر موضوعية من أراء القائم بالدراسة. فهم قادرون على تلمس نقاط الضعف في الاستبيان.

7- مرحلة طباعة الاستبيان .

يطبع الاستبيان بعد التنقيح ووضع اللمسات الأخيرة عليه وتفحصه من قبل ذوي الاختصاص، بقصد التأكد من ان جميع الأسئلة قد تضمنت الشروط الضرورية من حيث المحتوي والصيغة، والترتيب والتسلسل ، وملائمة الفسحات بين كل سؤال وآخر .

8- توزيع الاستبيان وادارته على الذين اعد من اجلهم.

9- جمع الاستبيان وتفسير المعلومات .

مزايا وعيوب الاستبيان

مزايا الاستبيان :

1- السرعة في الحصول على المعلومات .

2- قلة التكاليف من حيث الوقت والمال.

3- الإجابات أكثر موضوعية ذلك ان الاستبيان لا يحمل اسم العميل .

4- يوقع الاستبيان اقل ما يمكن من الضغط على العميل، مما يعطيه فرصة كافية للتفكير في استجاباته.

5- تتوفر للاستبيان ظروف التقنين، فالألفاظ يمكن تقنينها والأسئلة يمكن ترتيبها والإجابات يمكن تسجيلها.

عيوب الاستبيان:

1- عادة ما يكون معقد التركيب أو يفتقر إلى المرونة، الأمر الذي يعني اقتصاره على البيانات الواردة فيها، والتي ليس من الضروري ان تعطي صورة صادقة لشخصية العميل.

2-كثيراً ما تكون الإجابات ناقصة وتعوزها الدقة .

رابعاً: التقرير الذاتي

يستخدم التقرير الذاتي لتقييم العميل لنفسه وللخبرات التي مر بها، وهوعبارة عن استبيان أو أسئلة مفتوحة النهاية تستخدم للحصول على المعلومات من العميل مثل : المعلومات الشخصية (الاسم؛ العمر؛ العنوان؛

الهاتف)، والاسرية مثل (مهنة الأبوين،ومعلومات عن الأخوة والأخوات، وأشخاص آخرون يعيشون في المنزل وعلاقة العميل بهم... الخ)، والمعلومات الاكاديمية و المهنية مثل (الخطط الدراسية والمهنية ؛موضوعاته المفضلة؛هواياته) وأي خبرات ذات أهمية معينة).ومن ميزاته انه قصير وسهل ومنظم ويوفر مساحة كافية للإجابة .

استعمالات التقرير الذاتي.

- يستخدم كوسيلة للحصول على كمية كبيرة من المعلومات في وقت قصير.

- يمثل وسيلة للحصول على معلومات دون الحاجة إلى المقابلة وجهاُ لوجه، سواء أكان ذلك تلافيا للسؤال المباشر والشخصي عن المواضيع الحساسة، أو لصعوبة إجراء المقابلات الشخصية عندما يكون عدد العملاء كبيرا.

- يستخدم للتأكد من دقة المعلومات المعطاة في فترة معينة من الزمن.

- يستخدم في الكليات والمعاهد للعلاج ، بهدف الحصول على معلومات عن خلفية العميل ونشاطاته الحالية وخططه المستقبلية وموقفه نحو نفسه.

- بعض التقارير الذاتية تحتوي على قوائم شطب (chekt list) للتعرف على المشاكل التي تزعج الطلاب وتحدد حاجتاتهم للمساعدة الخاصة.

إدارة التقرير الذاتي وكيفية استخدامه:

يطلب بعض المعالجين من عملائهم تعبئته التقرير الذاتي قبل اللقاء الأول معهم عندما يكون استبيان المعلومات الشخصية مستخدم في علاج ذو طبيعة خاصة، ويكون جزء من عملية العلاج، وهناك حالة أخرى هي تعبئتة من قبل مجموعات .وبالعادة يفضل تعبئتة في مجموعات صغيرة لأن أخطاء التعبئة في المجموعات الكبيرة تميل إلى ان تعادل بعضها (الانحرافات لا تظهر)، ومع ذلك إذا أردنا ان نخرج بفكرة عامة حول مشكلة ما فاننا نقدمه لمجموعة كبيرة ؛ اما إذا أردنا فكرة خاصة عن أشخاص معنيين فاننا نقدمه لمجموعة صغيرة. وكون المعالجين يهتموا بالحصول على المعلومات الشخصية أكثر من العامة فهذا يعطي تفضيل تعبئته في مجموعات صغيرة.

ملاحظة: يحاول المعالج استدراج اهتمام العميل بالتعبئة بان يشرح له هدف تعبئة النموذج وبانه سري ويستخدم من قبل المعالج ومنه فقط ؛ فكلما أحسن العميل بان هذه المعلومات أمينة وتستخدم بالشكل الصحيح كلما أعطى معلومات أكثر دقة.

خامساً: السيرة الذاتية (Autobiography)

وهي كل ما يكتبه العميل عن نفسه بنفسه وهي بذلك تتناول الأشياء الشعورية فقط؛ أي ما يحس به العميل من مشاعر ومشكلات وعلاقات اجتماعية، وما يلقاه من إحباط وفشل، و مدى توافقه الشخصي أو المهني وغيره . ويتم جمع هذه المعلومات بواسطة السيرة الذاتية بناء على المبدأ القائل انه ليس هناك من هو اعرف من الفرد بنفسه .

ان الغرض من كتابة الفرد لسيرته لشخصية هو ان يبين كيف توثر الخبرات الحياتية في تطوره ونموه، فيذكر خبراته وكيف أثرت فيه وجعلته يكون على ما هو عليه . وقد لا يستطيع بعض العملاء عند كتابة سيرة حياتهم ان يعبرون عن تجاربهم بسبب الحرج وكثير منهم يكتبون سيرة حياتهم كما يتمنون ان يكونوا قد عاشوها حقيقيةً .ولا بد للمعالج ان يوضح ذلك عند اعطاء التعليمات فمناقشة ذلك سيعاونهم على كتابة سير حياتهم بدقة.

انواع السيرة الذاتية

1- **السيرة الذاتية الشاملة** : وتشمل مدى واسعاً من الخبرات في مدى زمني طويل من حياة العميل، مثل كتاب الأيام لطه حسين .

2- **السيرة الذاتية المحدده:** وتشمل موضوع محدد أو خبرة معينة. تحدد فيها الموضوعات والمسائل الهامة المطلوب الكتابة عنها، وبعض الاسئلة لاستثارة العميل وتوجيهه إلى المعلومات الهامة وله ان يضيف ما يريد . ويفضل استخدام هذا النوع من السير الذاتية مع العملاء غير المنطلقين لغويا وفي العلاج الجمعي .

3- **السيرة الذاتية غير المحددة (الحرة):** وهنا لا يحدد المعالج موضوعات ولا خطوط عرضية للكتابة، كأن يطلب من العميل كتابة أي موضوع يتعلق بذاته وله الحرية ان يكتب ما يشاء .

وينبغي الاشارة إلى انه هناك انواع من السيرة الذاتية تجمع بين اكثر من نوع من الانواع السابقة مثل السيرة الذاتية الشاملة المحددة .

مصادر السيرة الذاتية

1- **الكتابة المباشرة :** وهو ما يكتبه العميل كتقرير ذاتي عن سيرته بقلمه بناء على طلب المعالج.

2- **المفكرات الشخصية :** والتي تحتوي أوجه نشاط العميل ومواعيده وعلاقاته الاجتماعية وهواياته، فمثلا يكتب في يوم كذا فعلت كذا أو قابلت فلانا وكل ما فيها يعتبر خاص ولا يجب ان يطلع عليه احد .

3- **المذكرات اليومية:** (التقرير اليومي) وتشمل تسجيلا للبرنامج اليومي للعميل خلال 24 ساعة متضمناً الأنشطة المختلفة واهتماماته الخاصة وفي فترة زمنية متفق عليها كأسبوع مثلا، ويتفق فيها العميل بكتابة تقرير موضحاً اليوم والساعة وملاحظاته على هذا السلوك.

4- **المذكرات الخاصة :** وهي تضم المذكرات الخاصة بخبرات أو مشكلات معينة هامة في حياة العميل كمذكرات المراهقين الذين يعتبرونها وثائق سرية.

5- **المستندات الشخصية :** وتتناول سلوك العميل وخبراته الهامة في حياته اليومية كالوثائق الرسمية والخطابات الرسمية.

6- **الانتاج الأدبي :** كالشعر والنثر وأفكار العميل (خواطره) التي تعكس مشاعره وافكاره .

7- **الانتاج الفني :** ومن خلاله يمكن فهم شخصية العميل مثل قدراته واتجاهاته وميوله الداخلية ، بالإضافة إلى انه يتيح له فرصة التنفيس والإسقاط.

عوامل نجاح لسيرة الذاتية :

1- **الاستعداد:** أي استعداد ورغبة العميل للكتابة عن نفسه بصراحة.

2- **الصدق:** ويقصد به التطابق بين ما يرد بالسيرة الذاتية وبين ما تكشف عنه الوسائل الموضوعية الأخرى.

3- **المسؤولية** :أي شعور العميل بالمسؤولية في الكتابة.

4- **الترتيب الزمني :** وذلك تجنبا للفجوات وتخطي فترات زمنية معينة قد يكون فيها إحداث مهمة .

5- **الاعتدال:** بمعنى ان يكتب العميل دون تهويل للامور، فالمعلومات الزائدة تماماً كالمعلومات الناقصة

6- **السرية :** أي ضمان السرية الكاملة للمعلومات التي تكشف عنها السيرة الذاتية من قبل المعالج .

إجراءات تطبيق السيرة الذاتية.

1- **الاعداد :** بمعنى تجهيز العميل لكتابة سيرته، وذلك بتعريفه ماهية السيرة الذاتية، واهدافها وكيفية كتابتها.

2- **دليل الكتابة:** ويقدم للعميل حتى يحدد الخطوط الرئيسية ولا يستطرد في جانب واحد على حساب الجوانب الأخرى، ويختلف

المعالجين في توجيه عملائهم لكتابة السيرة الذاتية من حيث مقدار التوجيه والزمن المتاح للكتابة وطول السيرة .

3- **تحديد المكان:** ممكن ان يكتب العميل سيرته في المنزل أو في جلسات جمعية أو في مركز العلاج.

4- **تحديد الزمن :** يختلف الزمن المحدد للكتابة، فقط يستغرق جلسة أو أكثر، أو وقت محدد. ومن المستحسن ان يكتب العميل سيرته الذاتية مرة في السنة الواحدة.

5-الكتابة: يجب ان يكتب العميل بطلاقة وحرية مستخدم الأسلوب الذي يعجبه، وقد يحدد البعض طول السيرة ببضع صفحات اوعدد من الكلمـات او خبـرة معينة .

ويتوقف ذلك على حجم المعلومات المطلوبة وطبيعية المشكلة.

6- **التفسير والتحليل :** بعد الكتابة يقوم المعالج بتفسير المعلومات على ضوء المعلومات الأخرى التي جمعها عن العميل. ومن ثم تحليل محتواها فيما يتعلق بتاريخ الحياة و الدفاع عن الذات و تحليل الذات والاعترافات ، ويعتمد المعالجون على اسلوبين في تفسير السيرة الذاتية :

ا) **الأسلوب الكمي :** يحاول فيه المعالج تحويل المعلومات التي جاءت في السيرة الذاتية إلى معلومات بحسب تكرارها، مما يدل على اهميتها ويسجل اقتران الخبرات بعضها البعض لمعرفة مستوى ارتباطها.

ب) **الأسلوب الكيفي:** ويعتمد على فهم حياة وسلوك وخبرات العميل من وجهة نظره هو، بناءً على طول الخبرات والموضوعات الرئيسية التي حددها العميل مرتبة حسب أهميتها.

7-**المناقشة:** يناقش المعالج محتوى السيرة الذاتية مع العميل، الذي يجب ان يعرف بذلك مقدماً.

مزايا السيرة الذاتية:

1- وسيلة اقتصادية سهلة التطبيق ويمكن استخدامها كوسيلة جماعية.

2- تيسر الحصول على معلومات إكلينيكية غنية عن الجانب الداخلي الخفي من حياة العميل.

3- تتيح الفرصة لاظهار معلومات يحول الكلام اللفظي و المقابلة وجها لوجه دون إظهارها .

4- تصلح أكثر من غيرها من الوسائل مع العملاء الذين يكتبون أحسن مما يتكلمون.

5- تدعم المعلومات المستمده من وسائل العلاج الاخرى.

6- تتيح الفرصة للعميل التعبير عن مشكلاته بأسلوبه وطريقته ومن وجهة نظره .

عيوب السيرة الذاتية.

1- تشبعها بالذاتية بدرجة عالية، ونقص معامل صدقها وثباتها، والحاجة إلى التأكد منها بوسائل أخرى.

2- حذف بعض المعلومات التي يخشى العميل منها.

3- يتخللها بعض الخيال والتأثر بما يشاهده العميل في التلفاز والسينما والمسرح .

4- لاتصلح مع الأطفال الصغار.

5- قد تعمل حيل الدفاع النفسي عملها في الكتابة فتشوه الحقائق.

6- قد يصعب تحليلها إذا كان العميل مشتتاً لا ينظم أفكاره.

سابعاً: سلالم التقدير ووصف السلوك (Rating Scales)

هي احدى اقدم انواع ادوات التقدير و القياس، وهي اقل دقة وموضوعية واكثر عرضة للاخطاء ولا ينصح اللجؤ اليها الا إذا تعذر استخدام ادوات القياس الاخرى الاكثر ثباتا وموضوعية .

ويمكن تعريف سلالم التقدير بانها : اداة مؤلفة من عدة فقرات تعبركلِ منها عن سلوك بسيط يخضع لتدريج من عدة مستويات تحدد مسبقا- بما يتلائم مع السمة المقاسة والمرحلة العمرية للملاحظ ومصادر الاخطاء المحتملة حيث توضح مقدار ماهو موجود من هذه السمة - وتكون درجات السلم في سلالم التقدير اما اعدادا متدرجة او اوصاف او خطوط بيانية، بما يكفل متابعة دقيقة للخاصية .وعندما نستخدم سلالم التقدير فاننا نفترض ان السمة لها اكثر من مستوى والذي قد يمتد من (1_5) او من(1_10) حسب طبيعة الصفة

وحسب مايراه الفاحص ضروريا. وعند وضع سلم تقدير لابد من الاخذ بعين الاعتبار الاموارالتالية:

أ- الصفة او السمة أو المشكلة المراد تقديرها .

ب_ وضع سلم التقدير المناسب .

ج_ كيفية استعمال السلم .

اغراض استعمال سلالم التقد ير:

1- تحديد المدى الذي بلغه العميل بالنسبة لتحقيق الاهداف المحددة. تعيين مواطن القوة والضعف عند كل عميل .

2- مساعدة العميل على تشخيص صعوباته بنفسه،لا سيما اذا اطلعه المعالج على النتيجة.

3- بيان الاتجاه الذي يجب ان يسلكه العميل في سبيل تحسين ادائه، شريطة ان يدرس مع المعالج نتائجه على السلم.

5- تزودنا بطريقة مناسبة لتسجيل تقديراتنا واحكامنا.

انواع و اشكال سلالم التقدير

(1) سلم التقدير العددي (numerical rating scales)

وهو عبارة عن قائمة بالسلوكيات الدالة على السمة المراد قياسها، بحيث يوجد تدريج من (1_10) لكل سلوك بسيط , ويقوم المقدر بوضع علامة على الدرجة التي يوجد بها السلوك.ويستخدم هذا السلم في حالة كون المعالج يريد ان يقيم سلوك معين , ولا بد ان تتضمن قائمة تقدير السلوك اسماء العملاء مرتبة عموديا على الهامش، وعلى السطر الاعلى توجد مستويات مختلفة من الصفة مدرجة من (1_5) او من (1_10). وعند الاستخدام يبين المقدِر تقديره لمدى وجود الصفة عند الشخص،وذلك بوضع دائرة او مربع حول رقم من مجموعة الارقام الموجودة امام سلَمه.هذا يعني ان هذا السلم يستعمل لتقدير مدى وجود صفة ما لدى فرد او جماعة .وفيما يلي نموذج لسلم تقدير عددي لتقدير سلوك تلاميذ الصف الخامس الابتدائي.

تعليمات الاجابة على الاختبار

ضع مربعا حول الرقم الذي تعتقد انه يمثل سلوك التلاميذ علما بان مدى جودة السلوك تزداد بازدياد الرقم، بحيث يمثل الرقم (1) اسوأ سلوك والرقم (10) افضل سلوك , بينما يمثل الرقم (5) سلوكا متوسطا.

التلميذ											
أ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ب	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ج	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
د	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

(2) سلم التقدير العددي الوصفي :

يفضل هذا النوع عن النوع السابق نظرا لوجود اوصاف تحدد السلوك او السمة المقاسة، مما يؤدي إلى زيادة احتمال اتفاق المقدرين , وبالتالي ثبات النتائج اضافة إلى وضع درجات مختلفة للسمة .

مثال الاستقامة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

هل دق المسمار مستقيما؟ هل راس المسمار على مستوى الخشب؟

(3) السلم البياني اللفظي (raphic Rating Scale)

يعتبر هذا النوع أفضل من النوعين السابقين من السلالم ، حيث ان السمة الواحدة تحدد بمجموعة من السلوكيات البسيطة الدالة عليها . حيث ترصد الصفات على شكل قائمة أو سلم .

مثال للتوضيح :

السلوك	أبدا	أحيانا	غالبا	دائما
1- يطلب الاشتراك في المناقشة برفع يده .				
2- يحترم حق الآخرين في الكلام .				
3- يستفيد من الوقت المخصص له في المناقشة .				
4- لا يتأثر بوقت المناقشة .				

(4) سلم ليكارت

يعتبر سلم ليكارت من اكثر السلالم شيوعا في الدراسات النفسية والتربوية، وهو أفضل المقاييس لقياس اتجاهات الفرد نحو موضوع معين أو فرد أو مجموعات. ويتألف من مجموعة من الفقرات التي تمثل نشاط اجتماعي ويطلب من المفحوص ان يؤشر مقابل كل فقرة على كلمة

(مع او ضد)، و يتدرج في مستوى السمة من (1-5), حيث يشكل الرقم (1) ادنى درجة لمستوى الفقرة بينما يشكل الرقم (5) اعلى درجة، أي اننا نضع اعلى درجة لادنى صفة , ويستحسن في هذا السلم ان تكون الفقرات ايجابية افضل من ان تكون سلبية.

ويأخذ سلم ليكارت عدة صور لتدرج الصفة فهي اما ان تكون عددية او لفظية , ونظرا لخضوع تلك الفقرات للتحليل الاحصائي فان الصفة اللفظية تترجم في العادة إلى ارقام , اما صور سلم ليكارات فهي تأخذ احد الاشكال التالية:

أ - ((عال جدا ،عال , متوسط , منخفض , منخفض جدا)) .

ب - ((ممتاز , جيد جدا , جيد , متوسط, ضعيف)) .

ج- ((اوافق بشدة ، اوافق , لااستطيع ان اقرر , لا اوافق , لا اوافق بشدة)).

د- ((بدرجة كبيرة جدا , بدرجة كبيرة , بدرجة متوسطة , بدرجة ضعيفة , بدرجة نادرة)).

ان الصور السابقة لسلم ليكارت تستعمل حسب طبيعة السمة المقاسة , ويمكن الاكتفاء باربعة مستويات بدلا من خمسة .

اعتبارات بناء واستخدام سلالم التقدير

1- لا تضع سلم تقدير لتقديره شيئ يوجد له مقياس الا اذا كنت تريد محكا ثابتا لاثبات صدق ذلك المقياس، فانه لا يوجد محكات اخرى اكثر صدقا وثباتا من ادوات التقدير .

2- حدد بعدا واحدا من ابعاد السلوك المراد قياسه، فلا يجوز ان ننظر إلى سلوك الفرد على انه كتله واحدة .

3- ضع او اكتب كل بعد من ابعاد السلوك على شكل سؤال، لزيادة التحديد والوضوح.

4- حدد معاني الالفاظ او المصطلحات الدالة على درجة وجود السمة مثل (احيانا)، إذ لا بد من تحديد معناها على شكل نسبة مئوية.

5- ناسب لغة المقياس مع لغة الشخص الذي سيستعمله .

6- يفضل ان يقدر الصفة مقدرين لهم معرفة وخبرة بالسلوك.

أساليب جمع وتنظيم المعلومات

وهي وسائل يتم من خلالها جمع وتنظيم وتلخيص المعلومات المجمعة بكافة الوسائل على شكل تتبعي وتراكمي، بحيث ترتب لتغطي حياة الفرد في فترات حياتية مختلفة وفيما يلي اهم هذه الوسائل واكثرها شيوعاً :

اولا: دراسة الحالة (Case Study)

تعرف دراسة الحالة بانها وسيلة علاجية شائعة الاستعمال يستخدمها المعالجون والأخصائيون النفسيون في تجميع وتخليص اكبر قدر ممكن من المعلومات الخاصة بشخص العميل، والتي تم جمعها عن طريق المقابلة والملاحظة والاختبا رات النفسية، بحيث تقدم صورة مجملة وشاملة لشخصية العميل ككل بهدف الوصول إلى فهم افضل لحالته وتشخيص مشكلته وأسبابها، واتخاذ الاجراءات العلاجية المناسبة، والتوصيات العلاجية والتخطيط للخدمات العلاجية اللازمة. فهي بذك تحليل دقيق للموقف العام للحالة ككل. وقد تكون الحالة فردا أو أسرة أو جماعة. وهي كبحث شامل لأهم عناصر حياة العميل تشمل دراسة مفصلة للفرد في حاضرة وماضية فيما يتعلق با لجوانب التالية:

- بيانات شخصية (كالاسم، ولعمر، والعنوان، و الجهة المحيلة).

- التاريخ التطوري الحالة (اجتماعيا و أكاديميا ومهنياً وصحياً، والسمات الشخصية).

- التاريخ الصحي والفحوصات والعلاجات التي أخذت .

- التشخيص ويتضمن تحديد مستوى المشكلة (شديد /ضعيف/متوسط)وتكرارها وزمن حدوثها .

وتعتبر **دراسة تاريخ الحالة (case history)** أو ما يطلق علية تاريخ الحياة) (life history جزء من دراسة الحالة وهي موجز لتاريخ الحالة كما يكتبه العميل أو عن طريق الوسائل الأخرى . ويتناول تاريخ الحياة دراسة مسحية طولية شاملة للفرد منذ ولادته والعوامل المؤثرة به وأسلوب التنشئة الاجتماعية، والخبر آت الماضية، والتاريخ التربوي والتعليمي والصحي، والخبرات المهنية والمواقف التي تتضمن الصراعات النفسية، وتاريخ التوافق النفسي، وتاريخ الأسرة . ان الفرق بين دراسة الحالة وتاريخ الحالة يكمن في ان دراسة الحالة تعتبر بمثابة قطاع يستعرض حياة الفرد ، أي انها دراسة استعراضية لحياة العميل تركز على حاضر الحالة ووضعها الراهن, وتعتبر تطلعات العميل إلى المستقبل ومطامحه والشخص المثالى الذي يود ان يكون في المستقبل جزء هام من دراسة الحالة .اما تاريخ الحالة فهو بمثابة قطاع طولي لحياة العميل يقتصر على الماضي ويختص فقط بالخبرات الماضية للحالة .

إجراءات دراسة الحالة

1- قبول الحالة وتحديد المشكلة: يحلل المعالج أسباب الحالة عن طريق الاستعانة بالسجلات المتوفرة وملاحظات المعلمين، أو الأهل أو السيرة الذاتية أو غيرها من مصادر المعلومات، ثم يصنف هذه المعلومات ويحللها وينظمها . وتتضمن هذه الخطوة وصفا للعملية

العلاجية والهدف منها والأساليب التي سوف تستخدم في العلاج، وكذلك مناقشة المسؤوليات المترتبة على كلٍ من المعالج والعميل.

2- تحديد اهتمامات العميل الحالية ويتضمن ذلك تحديد مشكلاته، وحاجاته وكيف يمكن الوصول إلى تلبية مثل تلك الاهتمامات والحاجات.

3- تحديد الأهداف : يحدد المعالج والعميل الأهداف العلاجية المراد تحقيقها ويتضمن ذلك تحديد السلوك و الظروف والمعيار المراد الوصول آلية . ويجب ان تكون الأهداف واقعية، وإذا وجد المعالج ان العميل قد تردد في تحقيق أهدافه فان علية ان يفحص مدى صعوبة هذه الأهداف ودافعية العميل والعلاقة العلاجية.

4- تحديد الاستراتجيات العلاجية : يحدد المعالج الأساليب العلاجية التي سوف يتبعها في معالجة مشكلات العميل، ويطلعه عليها ويحدد أفضل السياسات اللازمة لذلك .

5- رسم خط قاعدي وعلاجي ليحدد السلوك المراد تغيره ومعرفة تكراراته، ومن ثم تسجيل مدى التقدم عن طريق ذلك.

6- تنفيذ الخطة العلاجية .

7- تقيم اداء العميل : يقيم المعالج مقدار التحسن الذي طرأ على سلوك العميل وملاحظة هل انة تحسن بشكل مناسب أو غير مناسب وذلك للحصول على تغذية راجعة ومعرفة مدى تحقيق الأهداف العلاجية .

8- تقييم انجازات المعالج : أي الجهود التي بذلها والسياسات التي اتخذها .

9- انهاء العلاج: يشرح المعالج للعميل الأسباب التي دفعته لوقف العلاج مثل استعراض التحسن، والاتفاق معه على مراجعته إذا لزم الأمر.

شروط اجراء دراسة الحالة

لكي تنجح دراسة الحالة ولكي تكون ذات قيمة علمية يجب ان تراعي الشروط الآتية :

1- التنظيم والتسلسل والوضوح : وذلك لكثرة المعلومات التي تشملها دراسة الحالة .

2- الدقة والالتزام في تحري المعلومات وخاصة انها تجمع عن طريق وسائل متعددة ، ومراعاة تكامل المعلومات بالنسبة للحالة ككل وبالنسبة للمشكلة .

3- الاعتدال : ويقصد به الاعتدال بين التفصيل الممل والاختصار المخل , إذ لا بد من تحديد طول دراسة الحالة حسب طبيعة العميل وحسب هدف الدراسة. وهنا يجب الاهتمام بالمعلومات الضرورية وعدم تجاهل بعضها ، وفي نفس الوقت عدم التركيز على المعلومات الفرعية. وهذا ما يعرف بمبدأ الجهد، أي اتباع اقصر الطرق التي تؤدي إلى بلوغ الهدف.

-4

-5 الاهتمام بالتسجيل : وهذا مهم بسبب كثرة المعلومات مع تجنب المصطلحات الفنية والمعقدة .

مزايا دراسة الحالة

تمتاز دراسة الحالة مقارنة بوسائل جمع وتنظيم المعلومات بما يلي :

1- تعطي صورة ووصف شامل للشخصية باعتبارها اشمل وسائل جمع المعلومات .

2- تيسر فهم وتشخيص وعلاج الحالة على أساس دقيق غير متسرع مبني على الدراسة والبحث.

3- تساعد العميل على فهم نفسه بصورة أوضح، وتجعله يشعر بالرضى حين يلمس ان حالته تدرس دراسة مفصلة.

4- تفيد بالتنبؤ وذلك عندما يتاح فهم الحاضر في ضوء الماضي، ومن ثم تمكن المعالج من إلقاء نظرة تنبؤية على المستقبل .

5- تستخدم لإغراض البحث العلمي والإغراض التعليمة في إعداد وتدريب المعالجين النفسيين .

عيوب دراسة الحالة

يؤخذ على دراسة الحالة بعض المآخذ أهمها ما يلي :

1- تستغرق وقتاً طويلاً مما قد يؤخر تقديم المساعدة في موعدها المناسب، وخاصة في تلك الحالات التي قد يكون فيها عنصر الوقت عاملا فعالا .

2- إذا لم يتم جمع وتلخيص المعلومات بطريقة ماهرة، فانها تصبح عبارة عن حشد من المعلومات الغامضة عديمة المعنى تضلل أكثر مما تهدي.

السجل المجمع (Cumulative record)

يعرف السجل المجمع بانه وسيلة تجميع وتنظيم وتلخيص المعلومات المجمعة بكافة الوسائل على شكل تتبعي وتراكمي، بحيث ترتب لتغطي حياة الفرد في فترات دراسية مختلفة . وهو أما ان يكون صفحة واحدة تتضمن المعلومات الأساسية الخاصة بالعميل، أو كتيب متعدد الصفحات يتضمن جميع جوانب حياة العميل. وتقوم فكرة السجل المجتمع على أساس ان العميل كائن ينمو وان عملية التربية مستمرة من المهد إلى اللحد .

مجالات استخدام السجل المجمع

يلجأ المعالج النفسي إلى استخدام السجل المجمع في الحالات التالية:

1- في حالة التعرف على العملاء الجدد واحتياجاتهم.

2- في حالة التعرف على العملاء الذين يعانون من تأخر عقلي وكثيري المقاومة للعلاج.

3- تصنيف العملاء إلى مجموعات حسب قدراتهم لا سيما في العلاج الجمعي. 4-قبل مقابلة أولياء الأمور وعمل التقارير التي ترسل للأسرة.

5-العلاج المهني والأسري و إجراء المقابلات ودراسات الحالة.

اجراءات إعداد السجل الجمعي

1- تدوين الخطوط العريضة لموضوعات السجل، وتصميم الجداول اللازمة بحيث تكون الكتابة أقل ما يمكن.

2- وضع تعليمات لتعبئة السجل وهي ضرورية للمعالج كدليل للتعبئة.

3- تدريب المعالج على كيفية تعبئة السجل وتفسير ما فيه من معلومات.

4- تسجيل المعلومات بشكل مقروء وواضح، والتعاون مع الاباء في تسجيل المعلومات حتى تكتمل الصورة عن العميل .

شروط السجل المجمع الجيد

1- شموليتة لجميع جوانب شخصية وحياة العميل .

2- السرية: بمعنى ان يكون السجل المجمع في أيدي أمينة لا يطلع عليه إلا المختصين وحفظه وتنظيمه في مكان خاص.

3- ان تكون المعلومات جديدة ومستمرة خلال تاريخ العميل.

4- المعيارية : بمعنى ان تكون المعلومات المسجلة في السجل تستند إلى معيار أو متوسط أداء أو سلوك معين، بحيث يمكن مقارنة هذه المعلومات به ويتطلب ذلك تعريف السلوكيات والصفات إجرائيا .

5- دقة و بساطة المعلومات واقتصارها على الخبرات والبيانات المهمة، وعدم اكتظاظ السجل بالمعلومات غير الضرورية.

ويلاحظ ان الكثير من المعالجين والطلبة الدارسين للعلاج النفسي يخلطون بين السجل المجمع والسجل القصصي. فالسجل المجمع هو وسيلة لتنضيم وجمع المعلومات وتلخيصها ضمن جداول ومستويات في حين ان السجل القصصي Anecdotal) (recordيتضمن وصف وتسجيل موضوعي لحادثة سلوكية حدثت في الواقع في موقف معين, ومن ثم تفسير هذه الحادثة وتقديم توصيات بشانها وذلك بهدف تحديد المشكلات السلوكية للعميل والمواقف التي تحدث فيها, وتحديد التأثير الفعلي والمتوقع لهذه المشكلات على الآخرين.كما يتضمن السجل القصصي تحديد التغير السلوكي الذي يطرأ على العميل. وفنياً لابد ان يكون تفسير المعالج وتعليقه وتوصياته منفصلة عن السجل الذي يحتوي الواقعة. وكمثال على السجل القصصي لموقف سلوكي يسجل به المعالج الحادثه:

(بعد نصف ساعة من الجلسة وقف العميل وخرج من غرفة العلاج، فتبعته إلى الممر وسألته ان كان لديه مشكلة فأجاب : انا لا اريد ان اضيع وقتي فانا غير قادر على فهم ما تقول. سألته لماذا؟ قال: ان الاستراتيجيات التي تحدثت عنها لا يمكن تطبيقها في بيئتي المنزلية).

وبعد ان يسجل المعالج ملاحظاته هذه عليه ان يسجل تفسيرا مناسبا لما لاحظه، وفي الحالة السابقة يمكن ان يسجل المعالج ما يلي:

(يبدو ان العميل يعاني من ظروف اسرية صعبة ولديه خوفا من الفشل، وانه لم يكن قد اعتاد على تطبيق أي مهارات لحل المشكلة في الماضي. ويبدو انه كان من الافضل لو قمت بتقييم قبلي لأتأكد من امتلاكه للمهارات اللازمة ، اضافة إلى توفر بيئة اسرية مناسبة).

مؤتمرات الحالة (case conference)

مؤتمر الحالة هو اجتماع مناقشة خاص يضم فريق العلاج، كما يضم كل أو بعض من يهمهم أمر العميل ويتعاملون معه، وكل أو بعض من لديه معلومات خاصة به و مستعد للتطوع والحضور شخصيا، للإدلاء والمشاركة في تفسيرالحالة وإبداء بعض التوصيات شريطة مواقفه العميل . ويضم مؤتمر الحالة عادةً المعالج النفسي والأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي والمدرس والوالد، ويضم في بعض الحالات محيل الحالة. ويفضل ان تكون مجموعة الأعضاء المشاركين صغيرة تتكون من (20) عضواُ أو عدة أعضاء، كما يجب ان يكون الحضور للمؤتمر ايجابيا وتطوعياً، كما يجب ان يتمتع الحضور بالحيوية والنشاط والمشاركة .

اشكال مؤتمر الحالة

هناك عدة انواع من مؤتمرات الحالة منها :

1- مؤتمر الحالة الواحدة : وهو الذي يكون خاص بحالة عميل واحد .

2- مؤتمر الحالات المتعدده : وهو الذي يكون خاصا بدراسة حالة مجموعة من العملاء، كما في حالات الطلبة المتفوقين أوالمتسربين أو ذوي المشكلات الشائعة وغيرهم .

3- مؤتمر الأخصائيين : ويضم الاخصائيين في العلاج النفسي فقط لتبادل الاراء والتعاون في اعطاء الرأي والاستماع إلى التقارير واقتراح التوصيات .

4- مؤتمر الاخصائين وغير الأخصائيين : ويضم الأخصائيين وكل من يهمه أمر العميل من غير الاخصائين، وهذا المؤتمر يكون خاصا بحالة واحدة فقط .

5- مؤتمر المعالج والعميل والوالدين : ويضم المعالج النفسي والعميل واحد الوالدين أو كليهما، وهو بهذا يكون مؤتمرا محدودا ويمكن ان ينضم آلية أي من من أعضاء هيئة العلاج أو الآخرين بناء على طلب موافقة من المعالج والعميل .

اجراءات انعقاد مؤتمر الحالة

تتمثل الاجراءات في مناقشة الحالة من قبل جميع المشاركين ومناقشة أفضل الحلول لها . أي انهم يقومون بتشخيص المشكلة ، ومن ثم يقدمون الاقتراحات والتوصيات بشانها . ويتطلب عقد مؤتمر الحالة اتخاذ خطوات هامة هي :

1- الإعداد المسبق قبل عقد مؤتمر الحالة : يجب على المعالج النفسي ان يحدد خطة عمل أو جدول اعمال المؤتمر مبدأياً ، على ان يترك مجالاً حراًً في نفس الوقت،كما يجب ان يتزود بكافة المعلومات التي تم الحصول عليها بالوسائل الأخرى لاستخدامها عند الحاجة اليها، كذلك عليه ان يتصل بالأعضاء المشتركين لإعلامهم مسبقا بطبيعة المؤتمر وهدفه وتحديد الزمان والمكان والوقت الذي سيستغرقه ، بحيث يكون الجميع غير مشغولين بأعمال أخرى .

2- الافتتاح : يفتتح المعالج مؤتمر الحالة بشرح هدفه ،وتقديم ملخص عام عن الحالة بحرص، بحيث لا يؤثر على أفكار وآراء

وتوجهات الآخرين ، ويحدد بدقة زمن انعقاد المؤتمر، وعلى وجه التقريب الزمن الذي سيستغرقه. وهذا مهم جدا حتى لا يطول المؤتمر وتتشعب الموضوعات ويضيع الوقت ويخرج الحاضرون عن الموضوع.

3- جلسة المؤتمر : تكون رئاسة جلسة المؤتمر بشكل عام للمعالج النفسي، ويرى البعض ان الرئاسة يجب ان تكون بالتناوب بين أعضاء فريق العلاج النفسي الذين يشتركون فيه . ويجب ان يعمل المعالج النفسي على إشعار كل فرد من أعضاء المؤتمر بأهمية وجوده وضرورته .كما ينبغي ألا يسيطر هو او غيرة من الأخصائيين على جلسة المؤتمر . واثناء الجلسة لابد ان يطلب المعالج من الحاضرين تقديم معلومات عن شخصية العميل، ومشكلته وبيئته، و تقييم حالته العامة، ويتضمن ذلك ما يتيسر من المعلومات عن العميل وظروفه الأسرية وتطوره ونموه .... الخ , وتقديم التحليل والتفسير اللازم والتوصيات التي يراها مناسبة .

4- الختام : في ختام المؤتمر يلخص المعالج النفسي كل ما قيل، ويحدد نقاط الاتفاق والاختلاف ، ويجمع التوصيات الخاصة بالحالة (العميل). وفي بعض الحالات قد يحتاج الأمر إلى استيفاء بعض المعلومات من وسائل أخرى مثل الاختبارات والمقاييس، وفي هذه الحالة يعهد للأخصائيين باستيفاء هذه النواحي .

شروط مؤتمر الحالة.

يساعد على نجاح مؤتمر الحالة وضمانه توافر شروط اهمها:

1) عقد مؤتمر الحالة في حالات الضرورة فقط : فهناك حالات لا تستدعي عقد مؤتمر بشانها . وهناك حالات يرفض العملاء إعلان حالاتهم في مؤتمر، أي ان هناك حالات يمكن اعتبارها حالة مؤتمر وحالات اخرى لايمكن تناولها من خلال هذه الوسيلة .

2) موافقة العميل : يجب الحصول على موافقة العميل قبل عقد مؤتمر الحالة، فبعض العملاء يأتون للعلاج بشروط خاصة منها ضرورة ألا يعرف اهلهم أو ذويهم أو أقاربهم أو معارفهم أو رؤسائهم أو أزواجهم ، ان مثل هؤلاء العملاء لا يجوز عقد مؤتمر حالة بخصوصهم.

3) مرعاه المعايير الأخلاقية : يجب مراعاة أخلاقيات العلاج النفسي الخاصة باسرار العميل ، أي ان المؤتمر يجب ان يقتصر على ما لا يعتبر سرا بالنسبة للعميل نفسه، فضلا عن تأكيد السرية التامة لكل ما يدور في المؤتمر .

4) الحضور الاختياري : يجب ان يكون حضور المؤتمرين برضا واختيار ودون إجبار ؛ حتى لا يكون حضورهم مجرد حضور روتيني عديم الجدوى . وهذا يجعل حضور المؤتمر متاحا ومفتوحا إمام المهتمين والمتحمسين لحضوره فقط .

5) اهتمام الحاضرين : يجب ان يكون الحاضرين مهتمين بحالة العميل ، متفهمين لطبيعة المؤتمر وهدفه، والمطلوب من كل منهم، إضافة

إلى التزامهم بالجدية والموضوعية في إحكامهم وتفسيراتهم، والنظر للأمور بتفهم وسعة أفق .

6) الجو غير الرسمي : يجب ان يسود المؤتمر جو غير رسمي ولكن يجب في نفس الوقت ان يتوافر قدر من المسؤولية، إذ يجب ان يكون لدى المؤتمرون معلومات هامة وحديثة ولازمة فعلا يدلون بها بمسئولية .

مزايا مؤتمر الحالة

يمتاز مؤتمر الحالة بما يلي:

- يزود المعالج بمعلومات عن العميل وشخصيته – خاصة تلك التي لا يمكن الحصول عليها من الوسائل العلاجية الأخرى - تفيده في مناقشة الفروض المختلفة التي توضع عن الحالة ، وفي التشخيص، وفي عملية العلاج نفسها .

- يفيد في تجميع اكبر قدر ممكن من المعلومات من مصادر متعددة ومن وجهات نظر مختلفة في وقت قصير ، ويعتبر بمثابة استشارة وتبادل آراء تفيد في الحكم على التقديرات الآتية لكل من المعالج والعميل .

- يمكن التعرف من خلاله على من يستطيع ان يسهم في عملية علاج الحالة من غير أعضاء هيئة العلاج.

- يشعر أعضاء المؤتمر بفائدتهم وإسهامهم التعاوني في مساعدة العملاء .

- يعتبر الوسيلة النموذجية للاتصال بالأسرة وغيرها من مصادر المجتمع الأخرى في العلاج النفسي .

عيوب مؤتمر الحالة

- قد يستغرق وقتا طويلا ويعطي معلومات قليلة وغير منسقة.
- قد لا يتوفر الوقت لدى الكثيرين من المشاركين لحضور المؤتمر مما يهدده بالفشل .
- قد ينظر بعض العملاء للمؤتمر على انه كشف لخصوصياتهم وانه لا يجوز تدخل أعضاء المؤتمر .

الفصل الثالث

القياس والتقييم في العلاج النفسي

- تمهيد
- الاختبارات الموضوعية
- اختبارات الذكاء
- اختبارات الاستعداد
- اختبارات التحصيل الأكاديمي
- اختبارات القدرات
- اختبارات الميول
- اختبارات الشخصية والتكييف
- اختبارات الصحة النفسية
- اختبارات الاتجاهات والقيم

تمهيد

الاختبارات الموضوعية

هناك عدد من الاختبارات والمقاييس النفسية والتربوية التي تستخدم في عملية العلاج النفسي ، وتأخذ هذه الاختبارات إشكال وصيغ مختلفة تختلف حسب نوع الظاهرة أو السمة المقيسة، ومن الإشكال الأساسية للاختبارات النفسية على اختلاف انواعها نذكر:

1- **الاختبارات التحريرية:** وهي لاختبارات التي تستخدم الورقة والقلم .

2- **الاختبارات اللفظية:** وهي اختبارات يطلب بموجبها من المفحوص الاستجابة اللفظية على الاختبار دون كتابة، وتكون عادة جزءا من اختبار كلي يتضمن جانب أدائي وكتابي .

3- **الاختبارات الأدائية :** وهي التي تتطلب من المفحوص ان يبني أو يتعامل أو يجيب على مواد الاختبار بطرق أخرى غير لفظية، مثل اختبارات السرعة والأداء العادي أو الأداء الأعلى او اختبار رسم الرجل. وهذا النوع من الاختبارات يتجنب استعمال اللغة والكتابة مع المجموعات ذات الثقافات والحضارات المختلفة، وكذلك مع المجموعات ذات الامكانيات المحدودة مثل فئات المعاقين عقليا .

4- **الاختبارات الفردية أو الجماعية .**

5- **الاختبارات الاسقاطية** (Projective Tests) :اختبارات تتميز بان المثير فيها يكون غامض ويثير لدى مختلف الأفراد استجابات مختلفة،

بحيث يدل تنظيم الشخص لهذا المثير الغامض او استجابته له على ادراكه للعالم، وطرق تعامله مع الناس ،وذلك عن طريق المعنى الذي يضيفه اليه. ومن اكثر الاشكال الشائعة لمثل هذه الاختبارات اختبار تكملة الجملة، او تخيل قصة بقصد اختبار قدرة الفرد على التخيل مثلا، واختبار تفهم الموضوع، واختبار بقع الحبر لرورشاخ. ويؤخذ على هذه الاختبارات انها غير مقننة، ويصعب تفسيرها بسهولة؛ لذلك تصنف من الاختبارات الذاتية غير المباشرة. ومن ميزات هذا النوع من الاختبارات ان امكانية تحريف الاستجابة اقل بكثير مما هو عليه في الاختبارات الموضوعية .

تكمن أهمية الاختبارات والمقاييس الموضوعية في كونها وسائل ذات قيمة كبيرة في عمليات التشخيص والعلاج النفسي ، وهي وسليه فعالة إذا تم استخدامها بالشكل الصحيح وعرفت معاير صدقها وثباتها . و تهدف الأساليب الموضوعية إلى تحديد القيم الكمية التي تقدر بها الصفات الخاصة بالعميل مثل الذكاء، القدرات، الاستعدادات التحصيل، والميول والقيم والاتجاهات والتكيف، وتُتخذ الاختبارات أساسا للحكم والمقارنة . ويحتوي كل اختبار على وحدات معيارية .وتقسم الاختبارات الموضوعية من حيث مقارنة نتائج أداء الفحوص على الاختبارات إلى قسمين هما:

1- الاختبارات محكية المرجع (Criterion Basial Test)

وهي اختبارات تفسر درجة المفحوص بمقارنة ادائه بمحك اداء متوقع، ويصاغ هذا الاداء عادة على صورة نواتج أو اهداف سلوكية متوقعة أو قدرات محددة، بحيث تصف مختلف مستويات الاداء وتندرج الاختبارات

التشخيصية تحت هذا النوع من الاختبارات؛ نظراً لانها تهدف إلى التحقق من امتلاك المفحوص لسمات معينة .

2- الاختبارات معيارية المرجع (Normed Basial Test)

ويتم فيها مقارنة اداء المفحوص بمعيار يعتمد على مستوى أداء جماعة الاقران التي ينتمي اليها هذا المفحوص, ويتمثل هذا المستوى بمتوسط درجات هذه الجماعة . وتتمثل المقارنة بمدى انحراف درجات الفرد عن هذا المتوسط. ولا شك ان هذا المعيار يتغير بتغير الجماعة ، إذ لا بد من تفسيره في اطار خصائص الجماعة .

اغراض الاختبارات الموضوعية

1- الكشف عن الاستعداد :

حيث يستعمل المعالج اختبارات الاستعداد عند الأطفال الذين سيقبلون في الصف الأول الابتدائي، وبناء على النتائج يصنفوا إلى فئات مثل أطفال يستطيعون بدء الدراسة ، وأطفال ليس لديهم أستعداد لذلك، وبعد ذلك يقوم المعالج بعمل اجتماع يضم المعلمين واولياء الأمور حيث يقوم باطلاعهم على الأمور ويقوم بوضع خطة للتعامل مع فئات الأطفال المختلفة . وهناك اختبارات استعداد بالنسبة للمرحلة الإعدادية والثانوية، حيث يستعمل المعالج النتائج ويقترح طريقة التدريس بحيث تلاءم الطلبة.

2- الكشف عن ضعاف العقول والموهوبين:

يقوم المعالج بإعطاء الاختبارات وذلك من اجل تصنيف العملاء تصنيفا متجانسا من حيث القدرات العقلية، وبالتالي اتخاذ الإجراءات الملائمة لكل عميل بناء على نتائج الاختبار.

3-اختيار المهنة أو الدراسة (التنبؤ):

تعمل الاختبارات النفسية على مساعدة العميل على فهم مستواه من حيث قدراته وإمكاناته وميوله، بحيث تجعله قادر على اتخاذ قرار بشان اختيار نوع الدراسة التي تناسبه ، حيث يكون اتخاذ العميل لهذا القرار مبني على مقدرته على تكوين صورة موضوعية عن نفسه تعتمد على معرفته بقدراته واستعداداته وميوله ، كما تساعده في تحديد المهنة التي تتناسب مع إمكاناته وقدراته.

4- التشخيص:

وتساعد في تقديم بيانات للعميل تساعده على زيادة فهمه لنفسه وتقبله لذاته وتقييمه لها .

6- التقويم:

يمكن استخدام نتائج الاختبارات كمحكات يستفيد منها المعالج في تمحيص عمله وتصوراته، سواء في التشخيص أو العلاج أوتقويم مدى تحقيق أهداف معينة

7- المتابعة:

حيث يمكن للمعالج ان يتابع تقدم وتطور العميل باستخدام بعض الاختبارات مثل الاختبارات التحصيلية

شروط الاختبار الجيد

عندما يقرر المعالج استخدام اختبار ما، لابد ان تتوفر في هذا الاختبار شروط ومعايير خاصة حتى يكون الاختبار موضوعيا وأداة صالحة للقياس والشروط هي :

1-الموضوعية (Objectivity)

وهي سمة أساسية لابد من توفرها في الاختبارات التربوية والنفسية على مختلف انواعها، كذلك في عملية جمع المعلومات. ويشير مفهوم الموضوعية إلى اخراج رأي المعالج (الفاحص أو الاخصائي) وحكمه الشخصي من عملية التصحيح او التقييم؛ بمعنى ان يكون هناك معيار محدد سلفا يستند اليه الباحث في التقييم بحيث لا يختلف عليه اثنان . ويتم تحديد مدى موضوعية الاختبار بحساب ما يسمى معامل الموضوعية، وهو معامل ارتباط يحسب بين علامات التصحيح الاول وعلامات التصحيح الثاني للاختبار من قبل مصحح ما، شريطة ان يكون هناك فاصل زمني بين التصحيحين ،كما يمكن ان يحسب بين علامات عدة مصححين للاختبار.

2-الثبات (Reliability)

صفة أساسية من صفات الاختبار الجيد، ويتصف الاختبار بالثبات عندما يعطي النتائج نفسها تقريبا في كل مرة يطبق فيها على الفرد او المجموعة

نفسها. ويتم قياس هذه السمة بعدة طرق تجريبية وإحصائية اهمها اعادة تطبيق الاختبار، وطريقة الصور المتكافئة أي تصميم اختبارين مختلفين لكنهما متكافئان ومتوازنان من حيث المحتوى ومن حيث الشكل، ويتم حساب معامل الارتباط (معامل الثبات) بين نتائج كل من الصور المتكافئة للاختبارين بعد التطبيق.

وهناك طرق عملية وأكثر شيوعا من الطرق السابقة وهي طريقة الانصاف (Split-Halves). وفي هذه الطريقة يعطي الاختبار ككل، ثم عند التصحيح يقسمه الفاحص إلى قسمين متساويين بحيث يحتوي القسم الاول على الاسئلة ذات الارقام الفردية (1،3،5...الخ). والقسم الثاني يحتوي على الاسئلة ذات الارقام الزوجية (2،4،6...الخ)، ثم تصحيح جميع الاسئلة وتجمع درجات كل قسم او فحص على حدة فيصبح للمفحوص درجتان احداهما درجته على الاسئلة الفردية، والأخرى على الاسئلة الزوجية، ثم يحسب معامل الارتباط ويسمى في هذه الحالة (معامل الاتساق او الثبات الداخلي). وأخيرا يمكن حساب الثبات بمعادلات احصائية مثل معادلة سبيرمان _ براون او معادلة رولون.

3- الصدق(Validity)

سمة أساسية لابد من توفرها في المقاييس النفسية والتربوية والتحصيلية وكافة انواع الاختبارات. ولتحقيق سمة الصدق في الاختبار يسعى الفاحص إلى تصميم الاختبار بحيث يقيس فعلا ما وضع لقياسه وليس لقياس شيء آخر, أي يحقق الاختبار الغرض والوظيفة التي استخدم من اجلها. ويتوقف صدق الاختبار على الهدف او الوظيفة التي ينبغي ان يقوم بها, وكذلك على

الفئة او المجموعة التي سينطبق عليها . وصفة الصدق صفة نسبية متدرجة وليست مطلقة فلا يوجد فحص عديم الصدق او كامل الصدق، ولا شك ان صدق الاختبار يتوقف بدرجة كبيرة إضافة إلى ما سبق على ثباته، حيث ان العلاقة بين الصدق والثبات علاقة طردية. وهناك طرق مختلفة لحساب الصدق تأخذ كل طريقة نوع من انواع الصدق ومن اهم هذه الطرق:

أ- صدق المحتوى(المضمون): ويتصف الاختبار بموجب هذه الطريقة بصدق المحتوى، اذا كانت فقراته عينة ممثلة تمثيلا صادقا لمختلف جوانب السمة المراد قياسها.

ب- الصدق الظاهري(الشكلي): ويقصد به ان ظاهر الاختبار يشير إلى احتمال قياس ما وضع لقياسه، ويتم التأكد من ذلك عن طريق عرضه على مجموعة من المحكمين (ليس اقل من عشرة) من ذوي الخبرة والاختصاص لإبداء ارائهم فيما اذا كان الاختبار صادقا ام لا .

ج- صدق المحك: وفي هذا النوع من الصدق نقارن الاختبار الجديد مع اختبار قديم (محك) آخر ثبت صدقه وثباته.(ابولبده،ص 352).

خطوات بناء الاختبار الموضوعي

ان الغرض من الحديث عن خطوات إعداد الاختبار هو تعريف المعالج النفسي بالإطار الذي يمكن ان يتحرك فيه عند تطويره لاختباراته، ضمن ما هو ممكن من حيث قدراته الخاصة والإمكانات المتوفرة، وضمن هو مطلوب أو ضروري .وفيما يلي الخطوات الأساسية التي يمكن إتباعها في تطوير الاختبار الموضوعية:

1- تحديد الغرض من الاختبار.

2- تعريف ما يقيسه الاختبار (أو تعريف السمة المقيسة) إجرائيا، أي بكلمات واضحة ومألوفة وقابلة للقياس.

3- تحديد مجال السمة أو تحديد المحتوى وتحديد المكونات الفرعية للسمة أو المحتوى .

4- صياغة الفقرات (بنود أو أسئلة الاختبار).

5- إخراج الصورة الأولية لكراسة الاختبار (ورقة الأسئلة وورقة الإجابة والتعليمات والملاحق).

6- التجريب الأولي للاختبار على عينة صغيرة نسبيا،بغرض التعرف إلى وضوح التعليمات ووضوح صيغة الأسئلة وتحديد زمن الإجابة .

7- تحليل الفقرات ويتضمن التحليل إيجاد صعوبة الفقرة وقدرتها التمييزية وفعالة البدائل في الاختيار من متعدد .

8- التعريف بالخصائص السيكومترية للاختبار (أي دلالات الصدق والثبات).

9- اشتقاق المعاييرالخاصة بالصدق والثبات.

10- إعداد دليل الاختبار وتجهيزه للنشر.

خطوات تطبيق الاختبار

يرى البعض ان هناك تعارض بين قيام المعالج بدور الفاحص المطبق للاختبارات ومن ثم العلاجبموجب ما حصل عليه من درجات عن العميل، وبين دوره العلاجي الذي يتعامل مع المشاعر بشكل أساسي، بالإضافة إلى

الجوانب المعرفية والتصرفات.و بعيداً عن الجدل في هذا الموضوع لابد ان يكون لدى المعالج المعرفة الكاملة بما تحتاجه عملية تطبيق الاختبار من تجهيزات وظروف خاصة بكل من المفحوص والاختبار. وعلى كلٍ لابد ان يسير المعالج وفق الإجراءات التالية عند تطبيق أي اختبار:

1- **تهيئة المفحوص وظروف التطبيق**: ويتضمن ذلك ما يلي :

أ- أعداد الظروف والمكان، فيجب ان تكون غرفة إجراء الاختبار جيدة التهوية مضاءة و بعيدة عن الضوضاء.

ب- تهيئة كل من الفاحص والمفحوص، ونعني بذلك الشخص الذي سيطبق عليه الاختبار (العميل) هل ينظر للفاحص كعنصر تهديد أو كشخص مريح.

ج_ تهيئة أدوات الاختبار مثل بطاقات الأجوبة بحيث يشمل الاختبار على كراسة وتعليمات مع ورقة إجابة منفصلة، ويقوم الفاحص بوضع ما يختار من إجابات بإتباع الترتيب الموجود في كراسة إلا سئلة .

د- ملاحظة المفحوص إثناء الاختبار من حيث المظهر الجسمي مثل النظافة والنشاط، أو السلوك الاجتماعي مثل اللامبالاة والعدوانية .فقد يميل العميل إلى التحريف والتزييف في لإجابات بسبب نظرته السلبية للاختبار على انه تهديد أو عقاب، وقد تظهر بعض علامات القلق والتوتر العالي عند التطبيق، كما ويؤثر مستوى الدافعية لدى المفحوص على النتائج التي سيحصل عليها في الاختبار.

2- تصحيح لاختبار : وتأخذ عملية تصحيح الاختبار طريقتين هما :

- طريقة التصحيح اليدوي باستخدام مفتاح أو مجموعة مفاتيح الاختبار .

- طريقة التصحيح الآلي باستخدام الحاسوب أو آلات تصحيح خاصة؛ توفيرا للوقت والجهد.

3- المعالجة الاحصائية

الخطوة الاولى لهذا الإجراء هي تحويل الدرجات الخام التي حصلها المفحوص إلى درجات معيارية؛ بمعنى إرجاع درجاته الخام إلى درجة مجموعة معيارية معينة ليقارن بها أدائه . وقد يستعين المعالج ببرامج محسوبة للقيام بعمليه التحليل والمعالجة الإحصائية، لاسيما إذا كانت عملية تطبيق الاختبارات من الإعمال الروتينية في الفصول والسنوات الدراسية المتعاقبة، حيث توفر البرامج المحسوبة الوقت والجهد في استخراج المقاييس والمعادلات الإحصائية مثل المتوسط الوسيط والانحرافات المعيارية.

4- تفسير نتائج الاختبار

لابد ان تعتمد عملية تفسير نتائج الاختبار على الطريقة الإحصائية التي تقوم أساسا على الموضوعية والأرقام والقوانين التي تحكم العلاقات مثل المتوسطات والانحرافات ومعادلات الانحدار و الارتباط . ويمكن أيجاز العناصر الأساسية في عملية التفسير التي تستند إلى الطريقة الاحصائية بما يلي:

- إجراء مقارنة مباشرة بين الدراجات الخام التي حصل عليها المفحوص مع جدول المعايير، وملاحظة موقعه من الأداء أو السمة لهذه المجموعه .

- مقارنة الدرجة الخام للمفحوص على اختبارين أو أكثر مع مجموعة من المعايير .

- مقارنة نتائج المفحوص مع نتائج مجموعتين أو أكثر في نفس الوقت.

- استخدام معادلة الانحدار وهي معادلة رياضية تربط بين متغيرين وتساعدنا في التنبؤ باحداهما في حالة معرفة قيمة أي منهما، ويقسم الانحدار إلى نوعين من حيث عدد المتغيرات الداخلية فيها : الانحدار الخطي الذي يرتبط فيه متغيران (س،ص) بعلاقة خطية تمثل الاتجاه العام للعلاقة بينهما, وقد تكون هذه العلاقة تامة بين المتغيرين (س،ص) وفي هذه الحالة يمكن معرفة احد المتغيرين بالضبط اذا ما عرفنا قيمة المتغير الآخر، كما في العلوم التطبيقية كالعلاقة التي تربط السنتيمتر بالمتر. وهناك نوع ثان من الانحدار يكون مبني على وجود علاقة غير تامة بين متغيرين (س،ص)، كما في الذكاء والتحصيل الدراسي وهذه العلاقة يصعب تمثيلها بيانيا بخط مستقيم وانما تمثل بنقاط حول الخط المستقيم.

- يمكن استخدام الحاسب الآلي في عملية تفسير النتائج عن طريق بعض البرامج التي تساعد على استخراج المعايير وتخطيط الصفحات النفسية، فمثلا اختبارات التقويم المهني يعد بعضها على

صورة عينات عمل تدخل الدرجات التي حصل عليها المفحوص إلى الحاسوب، ليخرج لنا كماً هائلاً من الصفحات المطبوعة التي تشتمل على المهن المقترحة لفرد واحد.

الاختبارات الموضوعيةالشائعة في العلاج النفسي

من أشهر الاختبارات المعتمدة من قبل العاملين في ميدان العلاج واالطب النفسي التي تتضمن معايير وشروط الاختبار الفعال نذكر ما يلي:

اختبارات الذكاء (Intelligence Tests)

وهي اختبارات تهدف إلى قياس الذكاء (القدرة العقلية العامة)، وتصمم بصورة تناسب مفهوم الذكاء الذي تقوم على اساسه. فمنها ما يتكون من فقرات تقيس القدرة على ادراك العلاقات والمتشابهات، ومنها ما يتكون من فقرات تقيس القدرة على حل المشكلات. ومن اشهر مقاييس الذكاء العالمية والتي تناسب كل الاعمار من سن عامين إلى سن الرشد مقياس (ستانفورد بنيه)، وكذلك مقياس (وكسلر) لذكاء الاطفال، وهناك مقياس المصفوفات المتتابعة من تأليف رافن(Raven) ويناسب الاطفال والشباب. ومن الجدير بالذكر ان هناك اختبارات ذكاء ادائية بحتة مثل اختبار الازاحة لااليكسندر يناسب العمر (3-17)، ولوحة(سيجان) وتناسب العمر من(4-13)، ومتاهات (بورتيوس) وتناسب الاعمار من (3-14).

مفهوم الذكاء (Intelligence)

يعرف الذكاء بانه القدرة على التفكير والتعقل والسلوك المؤثر على البيئة بدرجة فعالة، وكذلك ادراك العلاقات بين الاشياء والأفكار وحل

المشكلات. ويبدأ الذكاء بالإدراك الحسي وينتهي بالتفكير المجرد والحكم. ويعتبر الذكاء القدرة الأساسية للتعلم والتحصيل الدراسي والنجاح في الحياة.وتشير معظم الدراسات بان هناك سبع قدرات عقلية اولية تدخل في تكوين الذكاء هي: الفهم اللغوي، القدرة العددية، الادراك المكاني، السرعة الادراكية، الاستدلال، عامل الذاكرة والطلاقة اللفظية، وتترابط هذه القدرات وتكون ما يسمى بالذكاء العام. وقد اشار ثورندايك (Thorndike) إلى ثلاثة اشكال من الذكاء هي: الذكاء العملي والذي يتعامل صاحبه مع الادوات والمواد والآلات بمهارة عالية، والذكاء النظري والذي يتميز يتناول الافكار والرموز والصيغ بفاعلية اكثر، والذكاء الاجتماعي والذي يتميز صاحبه بالاهتمام بالناس والمحافظة على سلوكيات مقبولة اجتماعيا والاحتفاظ بعلاقات اجتماعية حسنة مع الجميع.

وتبدأ نسبة الذكاء من اقل من 25 وتمثل فئات متطرفة من التخلف العقلي, مرورا بنسبة (90-100) وتمثل فئة عوام الناس, وتنتهي نسبة الذكاء بنسبة 140 فما فوق وتمثل نسبة الموهوبين والعباقرة. ويتخلل هذه النسب قيم اخرى تمثل فئات تأخذ اوصاف وسمات مختلفة.

واكد (جاردنر ، 1985) بان هناك مجموعة من الذكاءات يمتلكها كل فرد وتعمل بطريقة فردية أو تفاعلية اطلق عليها اسم الذكاءا ت المتعددة (Multiple Intelligence). وأكد ان بعض الاشخاص يمتلكون مستويات عالية في جميع هذه الذكاءات، وبعضهم يفتقر إلى معظمها، والبعض الآخر على منتصف المتصل يمتلك بعضاً منها. والذكاءات المتعدده ترتبط بالذكاء العام والاستعدادات والمواهب. ويرى (جاردنر) ان بإمكان كل فرد ان

يطور هذه الذكاءات المتعدده إلى مستوى معقول إذا توفر له التعليم والتشجيع المناسبين. وقد ميز جاردنر بين ثمانية انواع من الذكاء هي :

(1) الذكاء الجسمي الحركي: الذي يتضمن القدرة على استخدام الجسم في التعبير عن النفس وكذلك المهارات الجسدية مثل السرعة والتوازن والمرونة .

(2) الذكاء الشخصي: ويتمثل في قدرة الفرد على فهم نفسه ومواطن ضعفه وقوته وكيفية تعامله مع مشاعره .

(3) الذكاء الاجتماعي: ويتمثل في قدرة الفرد على فهم الآخرين وامتلاك المهارات الاجتماعية المتقدمة .

(4) الذكاء المنطقي الرياضي: ويتمثل في القدرة على التحليل بشكل جيد وفهم واستخدام خصائص الأرقام، والقدرة على التنبؤ واستخدام بعض الآلات البسيطة.

(5) الذكاء اللغوي: ويتمثل في القدرة على استخدام المفردات بفاعلية شفهيا وكتابيا، والقدرة على تذكر التراكيب اللغوية .

(6) الذكاء الموسيقي: ويتمثل في القدرة على تذوق الايقاعات الموسيقية وتمييز طبقة الصوت واللحن .

(7) الذكاء الفيزيائي: ويتمثل في القدرة على الاحساس باللون والشكل والمكان والخط والقدرة على التعبير عن الافكار التعبيرية والمكانية بالرموز والرسوم

(8) الذكاء الطبيعي: ويتمثل بالقدرة على فهم الحياة النباتية والحيوانية والتعرف على انواع المنتجات الصناعية المستخرجة من خامات الطبيعة .

أشهر اختبارات الذكاء

من أشهر مقاييس الذكاء العالمي التي تم تطبيقها على البيئات العربية نذكر ما يلي :

1- مقياس ستا نفورد بينيه (STANFORD BENUT)

وهو أول مقياس صمم لقياس القدرة العقلية العامة (الذكاء) وهو يحتوي على سلسلة من الاختبارات تتضمن مهمات ومهارات مشابهة للمتطلبات الدراسية وقد طور(ستانفورد بنيه) وحدة قياس لهذا لاختبار أطلق عليها نسبة الذكاء (IQ) وهي الوحدة الأكثر شهرة واستعمالا في مجال قياس الذكاء، والتي تم استخدامها لاحقا في اختبارات ذكاء أخرى مثل اختبار وكسلر (Wechsler). وتشير نسبة الذكاء (IQ) إلى النسبة المئوية للاداء العقلي، الذي يصل اليه الفرد اثناء اجراء الاختبار ويمكن الحصول عليها باتباع المعادلةالتالية:

IQ= العمر العقلي بالشهور100 %

العمر الزمني بالشهور

*** وصف المقياس:**

يتضمن مقياس(ستانفورد بنيه) خمسة عشر اختباراً فرعياً مصنفة إلى أربع مجموعات ، بحيث تقيس كل مجموعة قدرة عقلية محددة وهي :

1- الاستدلال اللفظي .

2- الاستدلال الكمي .

3- الاستدلال البصري /المجرد .

4- الذاكرة قصيرة المدى .

2- اختبار وكسلر لذكاء الراشدين (Wechsler)

يعرف وكسلر الذكاء بانه القدرة الكلية للفرد على القيام بالفعل الهادف والتفكير والتكيف مع البيئة . ويحتوي مقياس وكسلر لذكاء الراشدين على ثلاثة عشر اختبار، سبعة اختبارات فرعية لفظية تتضمن الملعومات العامة والمفردات والحساب و المتشابهات وسلاسل الإعداد، والسبعة الأخرى أدائية مثل ترتيب الصور وتكميل الصور وتصميم المكعبات وتجمع الأشياء والمتاهة. وقد أشار وكسلر إلى ثلاث انواع من نسبة الذكاء وهي:

1- نسبة الذكاء اللفظيه .

2- نسبة الذكاء الأدائية .

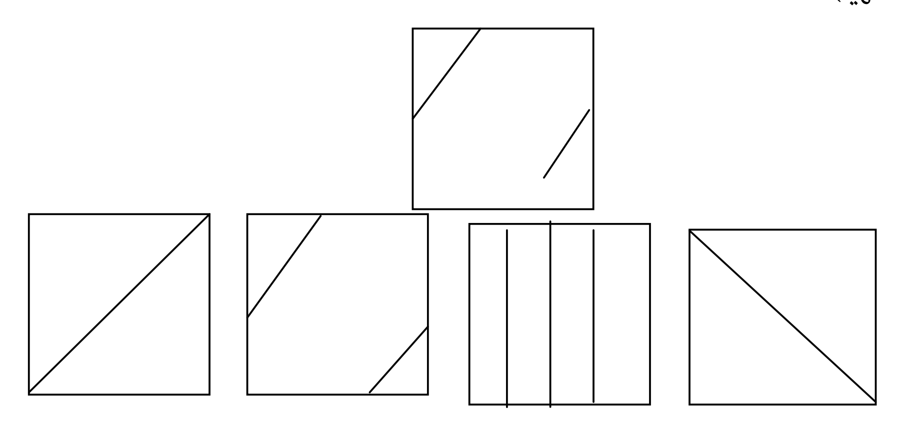
3- نسبة الذكاء العام وهي مجموع نسب الذكاء اللفظي والادائي.

ملاحظة : صمم وكسلر أيضاً اختبار لذكاء الأطفال اللذين تتروح اعمارهم من ستة إلى ستة عشرة سنة.

3- اختبار رافن (ravens porogressive matrreX)

وهو اختبار (فردي أو جماعي) يتطلب من الفرد ان يختار الشكل المناسب الذي ينتمي إلى مصفوفة، حيث يتم اختيار هذا الشكل من مجموعة تصاميم متشابهة . والمثال التالي يشكل احد فقراته في صورته الأصلية :

اختر من الاشكال ادناه الشكل الذي يشبه الشكل التالي ؟ (يقدم السؤال شفهيا).



ويناسب هذا الاختبار الأطفال والشباب بغض النظر عن اللغة أو الثقافة التي ينتمون اليها ، ويفضل عادة استخدامه مع أولئك الإفراد الذين يفتقرون إلى مخزون لغوي وقدرات لغوية كبيرة، كذالك مع فئات التربية الخاصة لاسيما ذوو صعوبات التعلم .

أضافة لاختبارات الذكاء السابقة هناك اختبارات ذكاء أدائية ولفظية عديدة إلا انها لا تتعدى أكثر من تطوير صور ونماذج مشتقة من الاختبارات الثلاث السابقة مثل:

1- اختبار (جود انف) لرسم الرجل أو المرأة.

2- اختبارات دينفر(denever) لتقيم أداء الطفل من عمر(0_6) سنوات في المجال الاجتماعي واللغة والمهارات البسيطة والمعقدة.

3- اختبار (Tony) لقياس تفكير حل المشكلة، من خلال تحديد العلاقة بين إشكال هندسية.

اختبارات الاستعدادات (Aptitude Tests)

وهي مجموعة اختبارات تستعمل للتنبؤ بالقدرة على التعلم او التأهل للمستقبـل، وتهدف إلى التنبؤ بصلاحية الفرد ومدى نجاحه في عمل ما لم يتدرب عليه من قبل، وبالتالي اتخاذ القرارات في تحديد الاوضاع التعليمية الملائمة له.وتتكون هذه الاختبارات من تمارين او مشكلات يطلب من المفحوص حلها او اعمال يدوية يتطلب تأديتها. وهناك انواع مختلفة من الاختبارات يختص كل منها بقياس كل استعداد على حده، كاختبارات الاستعداد الدراسي، واختبار الاستعداد المهني واختبار الاستعداد الفني، واختبار الاستعداد الاجتماعي. وهذه الاستعدادات تكون بمثابة قدرات اولية بسيطة لدى الفرد بشكل منفرد- استعداد واحد- او تكون مركبة. وتوجد فروق بين البشر في الاستعدادات، وهناك فروق فردية لدى الفرد نفسه.

مفهوم الاستعداد

تناولت العديد من الادبيات مفهوم الاستعداد ومن هذه التعريفات التي تناولت ذلك المعنى للاستعداد نذكر ما يلي:

- قابلية الفرد او قدرته على تعلم شيء ما، والتي تتحدد في ضوء عاملين هما : نضجه (المستوى اللازم من النمو)، وخبراته السابقة.

- اكتساب المعرفة والمهارات العقلية الأساسية التي تجعل المتعلم قادرا على الاستفادة من التعليم إلى اقصى حد ممكن(انستازي).

- تلك الفترة الزمنية، التي يكون اثناءها الفرد قادر على تحصيل افضل النتائج بأقل جهد ممكن(لونيفيلد).

- امكانية الفرد لتعلم مهارة معينة عندما يزود بالتدريب المناسب، وفي هذا اشارة إلى القدرة المستقبلية للفرد على ان يكتسب بالتدريب نوعا خاصا من المعرفة او المهارة (أهمان راي).

- القدرة على التعلم، وتوفر الرغبة والمهارات الخلقية لذلك(هوركس وشنوفر)

من خلال المفاهيم السابقة للاستعداد يمكن التوصل إلى التعريف التالي:

الاستعداد هو قدرة الفرد الكامنة على التعلم بسرعة وبسهولة والوصول إلى مستوى المهاره في مجال معين اذا توفر له التدريب اللازم ، وقد تكون هذه القدرة مكتسبة من البيئة من خلال التدريب؛ او انها تكون فطرية موروثة.

يمكن من خلال التعريفات السابقة وغيرها من التعريفات التي لا يتسع المكان لذكرها استخلاص خصائص شتى تعتبر عوامل مميزة للاستعداد نورد منها :

1. تحدد الوراثة استعداد الفرد بدرجة اكبر واكثر من تأثيرا من البيئة. فالبيئة لا تستطيع ان تتجاوز الحدود التي ترسمها الوراثة ولكن ضمن هذه الحدود يمكن للبيئة ان تقدم الشيء الكثير، فالبيئة الغنية في مثيراتها وامكاناتها المادية من المتوقع ان تؤثر ايجابيا في استعداد الفرد لتعلم اللغة مثلا مقارنة بغيره ممن لم تتوفر له مثل هذه الامكانيات .

2. قد يكون الاستعداد خاصا يؤهل الفرد لأن يكون عازفا على آلة موسيقية معينة او طبيب جراحة ... الخ، وقد يكون الاستعداد عاما كالاستعداد العلمي او الادبي او الطبي. وهذا يعني ان الاستعداد قد يكون بسيطا من الناحية العملية؛ أي يتضمن قدرة بسيطة واحدة كسرعة تحريك الاصابع وقد يكون مركبا من عدة قدرات كالاستعداد اللغوي مثلا.

3. تتميز الاستعدادات بانها مستقلة او منفصلة عن بعضها البعض؛ بمعنى ان مستوياتها وانواعها مختلفة لدى الفرد الواحد – وهذا ما يعرف بالفروق داخل الفرد - ؛ فقد يكون لدى الفرد الواحد استعدادا مرتفعا لتعلم الرياضيات وفي ذات الوقت الاستعداد منخفضا في الرياضة والموسيقى.

4. يختلف كم الاستعداد الواحد لدى الافراد، ويتوزع بينهم من حيث قوته او ضعفه وفقا لمنحنى التوزيع السوي – خاصة فيما لو كان عدد الافراد ممثلا لمجتمعه الاصلي – حيث تبدو هذه الفروق بين الافراد في مدى سهولة او صعوبة اكتساب القدرة على تعلم عمل معين.

5. تنمو الاستعدادات من العام إلى الخاص ، وهذه الخاصية مشتركة مع مبادئ النمو؛ فمع ان الاستعدادات لا تكون واضحة المعالم في الطفولة الا انها تتجلى وتتمايز وتتبلور مع التقدم في العمر.

6. الاستعداد سابق للقدرة؛ بمعنى انه قد لا يكون للفرد حاليا قدرة على اداء عمل معين في حين يتوفر لديه الاستعداد لاكتساب هذه القدرة مستقبلا بالتدريب والممارسة.

7. لا تظهر الاستعدادات في مرحلة الطفولة وانما تبدأ بالظهور في بداية مرحلة المراهقة.

المظاهر الدالة على الاستعداد

- القدرة على الانتباه والمثابرة.
- القدرة على اللعب مع الاطفال الآخرين والاستمتاع بذلك.
- القدرة على التعاون مع الاطفال الآخرين في تأدية النشاطات المدرسية
- القدرة على اتباع التعليمات اللفظية والرغبة في ذلك.
- المرور بخبرات مناسبة فيما يتعلق بالاشياء الملموسة (غير التجريدية).
- القدرة عن التعبير لغويا عن الافكار.
- التعبير عن الاهتمام بالقصص والقدرة على فهم ما تعنيه.

- القدرة على استيعاب المفاهيم البسيطة والتعرف إلى العلاقات بين هذه المفاهيم.
- القدرة على العناية الجسدية الذاتية.
- الاتزان الانفعالي في العلاقة مع الاطفال الآخرين ومع الراشدين ايضا (كالقدرة على تحمل النقد البناء).
- القدرة على استخدام القدرات الحسية بفاعلية (اللمس، السمع، الشم، ...).
- احترام حقوق الآخرين وممتلكاتهم.
- الثقة بالنفس وعدم الاعتماد على الآخرين.
- ابداء الرغبة في التعلم والاكتشاف.
- الاستمتاع بالنجاح في تأدية الاعمال المدرسية.

العوامل المؤثرة في الاستعداد

1. النضج الفسيولوجي : حيث ان الاختلاف في مستويات النضج تؤثر على استعدادات الافراد للتعلم، فمن يكون لديه مستوى اعلى من النضج يكون استعداده افضل للتعلم.

2. الخبرة السابقة : وهو مقدار ما يحتفظ به الفرد من مهارة وقدرة لتعلم مهارة جديدة.

3. ملاءمة ومناسبة المادة وطرق التدريس للفرد : فكلما زاد اتفاق المادة مع ميول ورغبات الفرد زاد استعداده للتعلم، وكلما تمت مراعاة المعميل النمائية للفرد زاد استعداده لتعلم المهارة.

4. الوضع النفسي والاجتماعي للفرد : ان الاستعداد يتطلب توافقا وانسجاما في شخصية الفرد، فمن الطبيعي ان يقل استعداد الفرد للتعلم اذا كان يعاني من بعض المشكلات التكيفية في النواحي النفسية والاجتماعية.

5. طبيعة الطفل نفسه : ونعني به الفروق الفردية بين الافراد.

اهمية معرفة استعدادات الطلبة في العلاج

1- دراسة العميل ومعرفته معرفة موضوعية .

2- تقديم خدمات التوجيه التربوي وتحديد مكان العميل في المدرسة.

3- تقديم خدمات التوجيه المهني (للطلبة في الصفوف الاعدادية والثانوية).

4- استغلال الفترات الحرجة التي تكون فيها القابلية لتعلم مهارة معينة في ذروتها .

5- التعامل مع الافراد مع مراعاة الفروق الفردية سواء كانت في معدلات النضج او القدرات العقلية العامة، او التحصيل الدراسي، او الفروق بين الجنسين وحتى الفروق داخل الفرد نفسه.

6- اختصار للوقت من خلال معرفة الاستعداد الطبيعي للتعلم.

ادوات تقييم الاستعداد

1- ملف العميل : ويشمل على معلومات شخصية اجتماعية وطبية تساعد في تكوين صورة عامة وتقريبية عن مدى استعداد الفرد للتعلم، والتي يمكن في ضوئها تصميم البرنامج العلاجي الملائم.

2- مقابلة الاهل: وتتضمن الاشخاص المهمين في حياة الفرد، لاسيما افراد اسرته. ويساعد ذلك في االتعرف على تاريخ وظروف العائلة، واتجاهاتها نحو الفرد وتوقعاتها منه، وخصائص الفرد واهتماماته وما إلى ذلك.

3- الملاحظة المباشرة :وهي عملية منظمة تهدف إلى قياس سلوكيات تم تحديدها بكل دقة ووضوح، وعادة ما تتضمن جمع وتسجيل المعلومات عن اداء الفرد في ظروف محددة مسبقا.

4- الاختبارات :وتعتبر من اهم الادوات التي يمكن للمعلم توظيفها لقياس وتقويم قدرات الفرد العامة أو الخاصة، وذلك بهدف التشخيص - أي وصف مظاهر العجز الموجود لدى الفرد وتحديد القدرات المتبقية لديه - او بهدف التنبؤ بالأداء المستقبلي.

اختبارات الاستعداد الشائعة

من اشهر اختبارات الاستعداد نذكر مايلي:

1. **بطاريات القابليات العامة (GATB)**

وتفيد في علاج الشخص للعمل المناسب وغرضها التنبؤ بأداء المفحوص مستقبلا .
واحدث صورة لهذه البطارية تتضمن (12) اختبار تعطي

علامات لتسع عوامل مختلفة أحدها عامل ذكائي عام (G) وهذه العوامل هي:

- الذكاء العام : ويقاس بالدرجة المركبة من (3) اختبارات هي (الادراك المكاني الثلاثي، والمفردات اللغوية، والاستدلال الحسابي)

- القدرة اللفظية : وتقاس من خلال اختبار المفردات.

- القدرة العددية : وتقاس من خلال اختبارين احدهما للعمليات الحسابية والآخر للاستدلال الحسابي والذي يشمل على مسائل عددية معبر عنها لفظيا.

- القدرة المكانية : وتقاس من خلال اختبار واحد يتعلق بإدراك المكان في ثلاثة ابعاد عند عرضها عرضا ثنائيا.

- إدراك الشكل : ويقيس القدرة على المزاوجة بين رسوم آلات معينة من ناحية، وأشكال هندسية من ناحية اخرى.

- الادراك الكتابي : ويقاس من خلال اختبار مقارنة الأسماء، وفيه يطلب من المفحوص ان يحدد فيما اذا كان كل زوج من ازواج الأسماء متطابقين او مختلفين في بعض التفاصيل.

- المهارة اليدوية : ويتضمن هذا العمل السرعة مع الدقة في حركات اليد، ويطلب من المفحوص استخدام كلتا يديه في نقل عدد من القطع الخشبية بناءً على تعليمات محددة، ثم استخدام اليد المفضلة.

- مهارة الإصبع : ويقيس مهارة المفحوص في تجميع الاشياء الصغيرة وفكها .

- التآزر الحركي : ويقيس من خلال الاختبار المتمثل برسم الخطوط بناءً على تعليمات الفحص .

2. اختبار الاستعداد القرائي

بما ان دخول المدرسة قد عنى لقرون كثيرة بتعلم القراءة، فقد جرت العادة لأن ينظر إلى الاستعداد المدرسي على انه الاستعداد للقراءة. وهذه الحقيقة اكدتها (انستازي) بقولها: ان اختبارات الاستعداد للتعلم المدرسي عادة ما تركز على القدرات والشروط التي يعتقد بانها مهمة للقراءة. وعليه فان اكثر اختبارات الاستعداد تداولا هي تلك التي تعنى بالقراءة، باعتبارها- أي القراءة- من اكثر المهارات ضرورة للنجاح المدرسي. وعموما يتأثر الاستعداد القرائي بعدة عوامل تتداخل فيما بينها، وهي: النمو العاطفي والاجتماعي والجسمي، العمر العقلي، النمو اللغوي-بجانبيه الاستقبالي والتعبيري-، وخبرات ما قبل المدرسة، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي.

3. اختبارات الاستعداد الكتابي

تقيس هذه الاختبارات انماط مختلفة من الاستعداد الكتابي، كذلك القدرة على اكتشاف الاخطاء، والقدرة في الضرب على الآلة الكاتبة، والسرعة في اجراء العمليات الحسابية، و فهم التعليمات. وتفيد هذه الاختبارات العاملين بالاعمال الكتابية مثل : الضرب على الآلة الكاتبة، او استخدام الآلة الحاسبة، او العاملين في البنوك كالمحاسبين.

4. اختبارات الاستعداد الميكانيكي

هي اختبارات تحاول التنبؤ بالنجاح والكفاءة للشخص في مجال الاعمال الميكانيكية المختلفة، وتتطلب من الفرد ان يكون لديه القدرة على تمييز العلاقات المكانية، وقدرة يدوية مع حدة في البصر، بالاضافة لأن يكون لديه تحكم عضلي. وتستخدم هذه الاختبارات في اختيار العمال الذين تتطلب اعمالهم قدرات ميكانيكية مثل : صيانة الماكينات واصلاح الاجهزة وترتيب الماكينات. ان هذه الاختبارات تبين درجة الموهبة عند الفرد، ولا يمكن اعتبارها المحك النهائي للاستعداد الميكانيكي، إذ لا بد من الربط بين نتائجها وبين ما يتم ملاحظته خلال قيام الفرد الفعلي باعمال ميكانيكية تتطلب وجود هذه المهارات؛ حتى نستطيع الحكم على الفرد انه يتمتع بدرجة معينة من الاستعداد أم لا.

5. اختبارات الاستعدادات الفنية

يوجد لدى البعض استعدادا فني ظاهر، وقدرة على تذوق الجمال والطبيعة، وادراك مظاهر الذوق السليم في النواحي المختلفة للفنون الجميلة. وهناك عدة اختبارات لقياس هذه الاستعدادات عند الافراد منها: اختبار (ماك ادوري)، والذي يحتوي على (27) صورة فنية تتناول اشكال مختلفة مثل: اثاث المنزل، ورسوم الملابس والمنسوجات، وصورالمباني والفن المعماري ،واخرى تمثل توزيع وتناسب الالوان، ويطلب من المفحوص ان يرتبها حسب قيمتها وبناءً على ذوقه.

6. اختبارات استعدادات الموسيقى

أول من وضع مقياس اولي للاستعداد الموسيقي (سيشور) والتي تقوم فكرته على التحليل السيكولوجي للموهبة الموسيقية، حيث يطلب من المفحوص ان يبين درجة الصوت هل هي اقل ام اعلى لزوج من الاصوات التي يسمعها اياه الفاحص؟

6. اختبارات الاستعداد اللغوي

ويتجلى هذا الاستعداد في القدرة على معالجة الافكار والمعاني، عن طريق استخدام الالفاظ. وله عدة مظاهر مثل سهولة فهم الالفاظ اللغوية والجمل والافكار المتصلة بها ، وادراك العلاقة بين الالفاظ والجمل من حلقات مختلفة، وسهولة التعبير الكتابي والشفهي، واسترجاع اكبر عدد من الالفاظ بيسر وسهولة.

7. اختبارات الاستعداد الاكاديمي

هذه الاختبارات شبيهة باختبارات الذكاء، الا انها تركز على المجال الذي يلتحق فيه العميل. وعادة فان بعض الجامعات تقوم اليوم بإجراء اختبار للاستعداد الاكاديمي من أجل معرفة استعداد الطلبة الذين يلتحقون في كلياتها المختلفة، للكشف فيما اذا كانوا قادرين على مواصلة تعليمهم او غير قادرين، ومن هذه الاختبارات: اختبارات الاستعداد لدراسة الطب لـ(موس)، واختبار (فردسون وستودارد) لانتقاء الطلبة لكلية القانون.

8. **اختبارات الاستعداد للعلوم الطبيعية والهندس**ية :

يفيد هذا الاختبار في التنبؤ بنجاح المفحوص في مجال دراسة العلوم الطبيعية والهندسية، ويتضمن مهارات تتعلق بالرياضيات، المعادلات، فهم العلوم الطبيعية، التفكير الحسابي، الفهم اللغوي، الفهم الميكانيكي.

الانتقادات الموجهة إلى اختبارات الاستعداد.

بالرغم من ان نتائج اختبارات الاستعداد وما تحتويه من معايير – تساعد على تفسير النتائج – تزودنا بمعلومات مهمة سبقت الاشارة اليها، إلا ان هذه المعلومات تبقى محدودة حيث ان الاستعداد يتكون من طائفة من العوامل التي يصعب الاحاطة بها جميعا وقياسها، علاوة على انه يندر ان تعطي اختبارات الاستعداد المستخدمة مع الاطفال نتائج دقيقة عن اوضاعهم، لذا كان لابد من استخدام ما نحصل عليه من نتائج على مثل هذا النوع من الاختبارات جنبا إلى جنب مع بيانات اخرى عن العمر العقلي للفرد، وتكيفه العاطفي والاجتماعي، وحالته الصحية، وقدراته الحركية، خبراته السابقة وغيرها، لتسهم في تحقيق الفوائد المرجوة منها. لذلك لابد من مراعاة الامورالتالية لدى تقييم قدرات العميل واستعداداته :

1- يجب ان يشترك فريق متعدد الاختصاصات في عملية الكشف عن استعداد العميل.

2- عدم الاعتماد على اختبار واحد لتحديد مستوى الفرد، مهما كان ذلك الاختبار.

3- يجب ان لا تقتصر عملية التقويم على الجانب الذي يعاني فيه العميل من عجز، وانما ينبغي تحديد أداء العميل في النواحي المختلفة.

4- يجب ان يعكس الاختبار المستخدم صورة صادقة عن قدرات العميل وعجزه.

اختبارات التحصيل الاكاديمي (Achievement Tests)

يشير مفهوم التحصيل ألاكاديمي (Collection curriculum) إلى كمية المعرفة او المعلومات التي يحصلها العميل، نتيجة تلقيه للتعليم والتدريب في المدرسة او الجامعة او أي مؤسسة تعليمية. وهو معيار يحدد إلى حد بعيد المستقبل الاكاديمي والمهني للعميل، وينبئ بمستقبل حياته ونمطها إلى حد بعيد. ويرتبط التحصيل الدراسي بالذكاء ارتباطا وثيقا لدرجة ان بعض المؤسسات التعليمية تعتبره المعيار الوحيد في تقرير الطلبه الموهوبين .

وتجري اختبارات التحصيل الاكاديمي للطلبة في المؤسسات التعليمية المختلفة، وتعد وسيلة مهمة لقياس مدى ما حصّل التلاميذ من المادة الدراسية ومقدار استيعابهم لها والمهارات التي تتعلق بمناهج الدراسية، وتصنيف الطلبة إلى راسب وناجح . وتختلف اشكال هذه الاختبارات فمنها المقالية ومنها الموضوعية ومنها التحريرية والعملية. وتعتبر اختبارات التحصيل من الناحية التربوية مقاييس لنتائج التعليم، ومعامل الارتباط بينها وبين اختبارات الذكاء عالي نسبياً ,والاختبارات المقننة منها تتيح متابعة تطور تحصيل العميل،

ويمكن على اساس نتائجها معرفة نسبة التحصيل مما يفيد في علاجه تربوياً ومهنياً.

اختبارات التحصيل الاكاديمي من وضع المعلم

غالبا ما يصمم المعلمون اختبارات التحصيل بانفسهم لغايات قياس كمية المعرفة التي حصلها الطلبة، أو تصنيف الطلبة إلى ناجح- راسب- ضعيف -متوسط. ويأخذ هذا النوع من الاختبارات أربعة إشكال رئيسية هي :

1- الاختبارات المقالية التي يُسأل العميل خلالها بان يناقش أو يقارن أو يحلل أو يلخص.

2- الاختبارات الموضوعية التي تتضمن تحديد الإجابات سلفا، وما على العميل إلا ان يختار الجواب الصحيح .

3- الاختبارات الشفهية والتي توجه الأسئلة بموجبها شفهيا إلى العميل من قبل المعلم .

4- الاختبارات الأدائية وتتضمن تقيم أداء العميل في مجال أو عمل معين مثل الطباعة .

اختبارات التحصيل المقننة الشائعة

وهي اختبارات أعدت لها معايير تمكن الفاحص من مقارنة المفحوص برفاق سنة وجنسه وثقافته، حيث تعتمد هذه المعايير على المتوسط الحسابي والوسيط والمنوال والانحراف المعياري، حتى تسهل عملية تحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية . ويستفيد المعالج النفسي من هذه الاختبارات

في توجيه العميل نحو الدراسة التي تنفق مع قدراته واستعداداته، لانها تقيس مستويات ومهارات لا يمكن لأسئلة المعلم ان تقيسها والذي قد يعتبرها المعلم غير قابلة للقياس مثل الاستيعاب . والاختبار المقنن لابد ان يكون واضحا ومحددا واسئلته مصاغة جيدا . ومن أشهر اختبارات التحصيل الدراسي نذكر:

اختبار كاليفورنيا للتحصيل

وهو عبارة عن خمسة اختبارات فرعية للمستويات الابتدائية والثانوية تقيس بصورأساسية المهارات اللفظية والحسابية .وفيما يلي أمثلة على فقرات هذا الاختبارات للمرحلة الابتدائية والأساسية .

**هذه الصورة تشير إلى:



1- كلب
2- أسد
3- بطة
4- حصان

** حاصل جمع (8+7) =

- 19
- 15
- 14
- 12

وهناك اختبارات تحصيل مصممة على أساس قياس مهارات دراسية أو قدرات محددة مثل :

1 -اختبار تشخيص القراء .(Gillmor oral reading test)

2 -اختبار (stem ford mathematics test) لتحصيل المهارات الحسابية

3 -**اختبار (boehan) لتحصيل المفاهيم العلمية الأساسية لطلبة الصف الأول ابتدائي، و يقيس مفاهيم الزمن و الكمية والفراغ والفضاء .**

وأخيرا يهتم المعالج النفسي بهذه الاختبارات وبنتائجها لغايات وضع برامج علاجية، وليس لمجرد معرفة المعلومات والمهارات المتوفرة لدى العميل فحسب .

يشير مفهوم القدرات(Abilities) إلى كل ما يستطيع الفرد اداؤه في اللحظة الحالية من مهارات ومهمات عقلية او حركية، سواء كان ذلك نتيجة تدريب او دون تدريب. والقدرات اما ان اتكون موروثة كقدرة الحركة والمشي والإبصار، وهذه القدرات يمكن تنميتها بالتدريب والممارسة. وقد تكون قدرات مكتسبة مثل القدرة على السباحة او الرقص او الطباعة، وهي تحتاج إلى تدريب متكرر وممارسة. وتقسم القدرات الانسانية إلى خمسة انواع رئيسية هي :

1- قدرات خاصة (Special Abilities)

نوع محدد من القدرات يحتاجها الفرد للقيام بمهارات محددة دون غيرها، مثل القدرة اللغوية التي يحتاج اليها الفرد للقيام بمهارات القراءة والكتابة والنطق السليم, والتي لها صلة بالتحصيل الدراسي، كما تتضمن ايضاً القدرة العددية التى يحتاجها الفرد للقيام بالمهارات الحسابية والهندسية والقدرات الفنية.

2- قدرات رياضية (Physical Ability)

وهي قدرات خاصة بالنشاطات الرياضية كافة مثل الركض، والقفز، والقذف...الخ.

3- قدرات فنية (Article Ability)

وهي قدرات خاصة برسم وتذوق اوجه الجمال في الرسومات الفنية المختلفة ، كما تشمل القدرة على التمييز والإدراك للأشياء المرئية، ورسم مواضيع (بيت او عصفور او كوخ) من ذاكرة المفحوص.

4- قدرات موسيقية (Music Ability)

وهي قدرات ترتبط بالأعمال الموسيقية مثل القدرة على تمييز درجة الحساسية لكل طبقة من طبقات الصوت وشدته وزمنه ومداه, والقدرة على تذوق الانغام الموسيقية وانسجامها, وتعتبر المهارة اليدوية عنصرا هاما لضبط طبقة الصوت وشدته ومداه وحجمه في حالة الموسيقى الوترية والصوتية معا. كما تتضمن القدرات الموسيقية الخيال الابداعي وردود الفعل العاطفية للموسيقى، ويتم تدريب هاتين القدرتين بشكل ذاتي.

5- قدرات ميكانيكية (نفس-حركية) (Psycho - Motor)

قدرات خاصة تتعلق بالنشاطات والأعمال التي تحتاج إلى القوة والتآزر والبراعة اليدوية ونعومة الاداء. ويحتاج الفرد هذه القدرات في مجالات تطبيقية واسعة تمتد من قيادة الطائرة إلى الخياطة. وترتبط القدرات الميكانيكية ارتباطاً موجباً ولكنه ضعيف مع الذكاء العام. ولا بد للمعالج النفسي ان يستخدم اختبار الذكاء إلى جانب استخدامه لاختبارات القدرات. وفيما يلي عرض الأهم اختبارات القدرات المستعلمة على نطاق واسع لغايات القبول في التخصصات الدراسية والمهن المختلفة :

1-اختبار القدرات الفارقة (D.A.T)

وهو اختبار يهدف إلى التنبؤ بالتحصل الدراسي الطلبة المرحلة الإعدادية والثانوية. وهو من اشهر اختبارات القدرات والاستعداد في المدارس، ويتألف من مجموعة من الاختبارات التي تقيس :

- القدرة اللفظية: الاسئلة هنا من نوع المتشابهات المزدوجة، أي:(؟) بالنسبة إلى (أ) مثل (ب) بالنسبة إلى (؟). ويعطى الفرد خمسة ازواج من الكلمات لإكمال المتشابهة. والفقرة التالية توضح اسئلة القدرة اللفظية:

- .... بالنسبة لليل مثل الافطار بالنسبة لـ ....

أ- العشاء – زاوية

ب- لطيف – الصباح

ج- باب – زاوية

د- ينساب – يستمع

هـ- العشاء – الصباح

- القدرة العددية : تتألف اسئلتها من مسائل حسابية تؤكد على الفهم اكثر مما تؤكد على الطلاقة في إجراء العمليات الحسابية

- القدرة على التجريد (الاستيعاب): عبارة عن سلسلة من الاشكال التي تكوِّن تتابع معين او علاقة، وما على المفحوص إلا ان يحدد الاختيار الذي يكمل السلسلة.

- السرعة والدقة الكتابية : الاسئلة تتكون من تشكيلات من الرموز تحت واحد مها خط، وعلى المفحوص ان يحدد الرموز المشابهة (المناظرة) في ورقة الأجابة.

- القدرة الميكانيكية : يعطى فيها المفحوص شكل يحتوي على موقف او مسألة ميكانيكية، وعلى المفحوص ان يحدد أي الاختيارات تنطبق على الموقف.

- العلاقات المكانية : يعطى فيها المفحوص شكل منبسط، وعلى المفحوص ان يحدد أي الاشكال المجسمة يمكن الحصول عليها من طي الشكل المنبسط .

- اللفظ والتهجئة: يعطى المفحوص جملة مجزأة بعلامات فاصلة إلى أربعة أجزاء، وعلى المفحوص ان يحدد أي جزء منها(أ ، ب ، ج ، د) يحتوي خطأ، وان لم يوجد خطأ فانه يعلم هـ.

- الاستعمال اللغوي (المحادثة) : يعطى المفحوص قائمة من الكلمات بعضها مكتوب بإملاء خطأ، وعلى المفحوص ان يحدد في حالة كل كلمة منها فيما إذا كانت مكتوبة بشكل صحيح ام لا .

تتراوح الحدوده الزمنية المخصصة لاختبار القدرات الفارقة (D.A.T) في الاغلب من (30) دقيقة إلى ساعة، ويحتاج على الاقل إلى جلستين منفصلتين. ويتوفر له معايير مئينية لكل صف إبتدءًا من الصف الثامن وانتهاءً بالصف الثاني عشر، وتوجد معايير لكل اختبار فرعي بالإضافة إلى معايير لمجموع اختباري الاستدلال اللفظي والقدرة العددية معا واللذان يمكن استخدامهما كمقياس عام للاستعداد المدرسي.

2- اختبار التقويم المدرسي (S.A.T.)

وهو اختبار يتالف من قسمين :

- اختبارات استدلالية تقيس القدرة على الاستدلال اللفظي والحسابي.
- اختبارات متخصصة في موضوع التخصص أو المهنة .

3- اختبارات القبول بالجامعات (C.R.E)

وهو يستخدم كثير لغايات التسجيل في الجامعات ولالتحاق ببرامج الدراسات العليا وهي تحتوي على قسمين:

- قسم عام يتضمن قياس القدرة اللفظية والحسابية والتحليلية.
- قسم خاص يتضمن قياس المعرفة في موضوع التخصص .

4- اختبار تور انس لقياس القدرة الإبداعية .

يعرف تور انس الإبداع بانه عملية عقلية تضمن التفكير والعمل المبدع الجديد غير المألوف الذي تقبله الجماعة وتقدره الفائدة منه . ويتصف المبدع بصفات متعددة منها :الذكاء ((حيث تزيد نسبة ذكائهم عن 130))، و الخيال وحب الاستطلاع والدافعية العالية, ومن ناحية صحية وشخصية يميل المبدعون إلى ان يكونوا اطول قامة واصح جسميا وامهر في استخدام اللغة والقراءة.

لقد صمم تورانس اختبار لقياس القدرة الابداعية، يعتمد أساسا على قدرات فرعية يتكون منها الإبداع مثل التخيل والطلاقة والتفاصيل ... الخ. وما يميز هذا الاختبار عن غيره من اختبارات القدرات انه يتضمن معايير

خاصة؛ وذلك لأن الأداء عملية ليس محكوما بمقاييس أو شروط محددة ومن الامثلة على الأسئلة الابداعية لاختبارات تورانس .

- رسم شيء باستخدام خيط موجود على ورقة.

- ذكر اكبر عدد من الاستعمالات للأشياء مثل علب السرف الفارغة أو عبوات الحليب المعدنية .... إلخ .

اختبارات الميول

يعرف علماء النفس الميل (Interest) على انه شعور بحب شيء أو موضوع أو نشاط أو موقف ما. وتمتد الميول على متصل يتدرج من الحب مروراً بالحياد وحتى الكره, ولابد من معرفة الميول الأصلية لدى العميل وليس العارضة (التي لا تتناسب مع قدراته) . وتفيد معرفة الميول المهنية في عملية العلاج التربوي والمهني كثيراً. وجدير بالذكر انه إذا تطابقت الميول مع القدرات, وتوفرت الدافعية فان الانسان يحقق أقصى طاقاته وسعادته، والعكس صحيح. وتتأثر ميول الفرد بعدد من العوامل أهمها :

1- **البيئة** :

تؤثر البيئة الأسرية - المتمثلة بالدخل الفردي للأب ومستواه التعليمي والمهني والخبرات المبكرة للطفل، ووسائل الاتصال والتفاعل والمثيرات التربوية كالكتب والمجلات- في ميول الطفل وتجعله يصوغ نفسه على غرار والديه .كما تلعب البيئة الخارجية دورا مهما في تحديد الميول حيث وجد ان الميول العلمية لدى أطفال المدينة تنمو بمدى أوسع من الميول العلمية لدى أطفال القرية وفي أعمار مبكرة. وتلعب المدرسة والتحصيل الدراسي أيضا

دورا مهما في اتجاه الميول، فالكثير من الطلبة يميلون إلى المواد الدراسية التي يستطيعون الانجاز بها أكثر من غيرها.

2- **الوراثة :**

ينحصر تأثير الوراثة في تحديد الميول داخل الأسرة الواحدة، حيث قد تجد ان احد الأولاد لديه ميل لدراسة الطب لانه يلاحظ الوضع الاجتماعي والاقتصادي الجيد لوالده الطبيب وهكذا بقية إخوته .

3- ثقافة المجتمع وصناع القرار التربوي :

ويتمثل ذلك بتأثير المجتمع وتركيزه على بعض التخصصات والمهن المرغوب بها دون غيرها .

4-**الجنس :**

ويتمثل ذلك بالفرق بين الذكور والاناث من حيث الاتجاهات والميول، فالذكور يميلون بصفة عامة إلى النشاط الجسمي والعمل الميكانيكي والأمور العلمية والسياسية ، بينما تميل الاناث بصفة عامة إلى النشاط الفني والأدبي والاجتماعي ومهن التعليم والمساندة .

ومن أشهر مقاييس الميول المقننة التي تستخدم في العلاج التربوي والمهني تحديداً نذكر ما يلي:

1- اختبار سترونج (strong interest inventory)

تحتوي احدث طبعة لهذا المقياس (1994) على (317) فقرة مصنفة ضمن ثمانية مجموعات هي :

-- المهن . يقوم الفرد بالاستجابة ل (135)حرفه بإحدى الإجابات الثلاث: أحب، لا اهتم، لا أحب .

-- مواضيع مدرسية :39 موضوع مدرسي .

-- نشاطات :46 نشاط مهني عام.

-- نشاطات أوقات الفراغ :29 هواية .

-- انواع الناس :20 نوع .

-- تفضيل بين نشاطين :يقوم الفرد بالتفضيل بين 30 زوج من النشاطات بتأشيره (يمين) للنشاطات على اليمين، و(يسار) على اليسار , و(=) لعدم التفضيل .

-- صفاتك : يقوم الفرد بالرد بنعم , ؟ أو لا ل(12) صفة شخصية حسب وصفهم للذات.

-- تفضيل بيئة العمل : يتم التفضيل بين (6)ازواج من المعلومات , ولأفكار , والأمور التي تخص بيئة العمل.

2- اختبار كودر (kudder general interest survey).

يتضمن اختبار كودر (168) جملة بحيث تصف كل جملة نشاط حياتي. وقد صمم الاحتبار بحيث تتجمع كل ثلاث جمل في ثلاثية معينة ضمن مستطيل، ويطلب من المفحوص في هذه الاختبار ان يؤشر على نشاط واحد بكل ثلاثية وفي الخانة المقابلة من المستطيل يؤشر على كلمة غالباً أو نادرا، ويتم تحليل النتائج التي حصل عليها في كل من انواع الميول التالية:

- الميل الخلوي (الخارجي) : العمل في الخلاء والهواء الطلق (الفلاح, المهندس الزراعي).

- الميل الميكانيكي : العمل على الآلات الميكانيكية , واستعمال الأدوات والأجهزة.

- الميل الحسابي أو العددي :(مدرس رياضيات، كاتب حسابات، وإحصائي، محاسب بنك).

- الميل العلمي : القيام بتجارب وبحوث وحل المشاكل واكتشاف حقائق جديدة .

- الميل الاقناعي : التعامل مع الناس بجميع إشكاله (محاماة، سياسية، تجارة).

- الميل الفني : الابتكار والإبداع (كالرسم والنحت وتصميم الأزياء).

- الميل الأدبي : الاطلاع والكتابة التعامل باللغة وتذكر الأقوال المثيرة.

- الميل الموسيقي : الاستماع للموسيقى وحضور حفلات موسيقية.

- الميل للخدمة الاجتماعية : خدمة الآخرين لتحسين أحوالهم .

- الميل السكرتاري : طباعة تنسيق اوراق، كتابة ، مكاتب .

وفيما يلي مثال توضيحي للجمل الثلاثية .

- أحب زيارة الأقارب والأصحاب .	غالبا	نادرا
- المكوث في مكتبة البلدية .	غالبا	نادرا
- العمل في الحديقة .	غالبا	نادرا

19 Field Interst Inventory -3

وهو اختبار يقيس الميول المهنية للطلبة والراشدين ويحتوي على تسعة عشر مجال عام من الميول هي: الفن التطبيقي (كالرسم والنحت)، والفن الأدائي (كالرقص والعزف)، اللغة ، التاريخ ، العمل الاجتماعي، القانون، الإبداع ، العلوم ، العددي، الإدارة، إعمال السكرتارية، السفر، الطبيعة، الخطابة، ميول انثوية، ميول ذكرية، ورياضية، اجتماعية (الاختلاطية). ويطلب من المفحوص ان يشير على كل ميل بكلمة أحب أو لا حب .ومن الأمثلة على المجالات العامة التي يقيسها هذا الاختبار نذكر ما يلي .

- السفر الدائم .
- دراسة العلاقات الأسرية في الأسر الفقيرة.
- نظم الشعر.
- تحضير وجبة طعام .

اختبارات الشخصية والتكيف

يشير مفهوم الشخصية (Personality) إلى نظام يتكون من كل ما لدى الفرد من سمات جسدية واجتماعية ومعرفية وانفعالية، سواء أكانت فطرية أو مكتسبة وتميزه عن غيره من الأفراد. وتعبر الشخصية عن ثبات نسبي في السلوك والأفكار والمشاعر (والتوافق بينها). ويكمن فهم ووصف شخصية أي انسان في ضوء سماتها التي تعبر عن سلوكه. كما يأخذ بعين الاعتبار مظهره العام وطبيعة قدراته وردود أفعاله وخبراته السابقة التي مر

بها، ومجموعة الاتجاهات والميول التي توجه سلوكه. ويعتبر البعض ان عملية تقدير سمات الشخصية وفهم ديناميتها تحتل قلب العملية العلاجية.

وتعتبر اختبارات الشخصية مهمة لقياس الميول والاتجاهات والقيم والدوافع والسمات الشخصية (انطواء – انبساط) والمزاجية ومستوى الطموح، ومعرفة اثر هذه السمات في السلوك والتكيف. ويتم مقارنة اداء الفرد في كل من هذه الجوانب بمتوسطات اداء الافراد الذين يماثلونه، والذين اعدت الاختبارات من اجلهم. وتقسم اختبارات الشخصية تبعا للهدف منها إلى قسمين هما: اختبارات مقننة (تجريبياً) تهدف إلى التصنيف والتفسير للسلوك الظاهر، واختبارات اكلينيكية تهدف إلى فهم الشخصية بعمق مثل: قائمة (ايزنك) للشخصية, واختبار (مينسوتا) متعدد الاوجه، واختبار (ساكس) لتكملة الجمل، واختبار (كاتل)، واختبار رسم الرجل والمنزل . ومعظم اختبارات الشخصية تؤدي إلى صفحة نفسية، تصور موقع العميل بالنسبة لأبعاد الشخصية وسماتها تسمى بروفيل. وفيما يلي عرض لأهم اختبارات ومقاييس الشخصية التي تم تعريبها وتطبيقها على البيئة العربية :

1- قائمة مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية (MMPI).

ألف هذه القائمة عالم النفس (ستارك هاثوي)، والطبيب النفسي (تشارلي ماكثلي) سنة 1943، وقد استخدمت في مجالات علم النفس الاكلينكي والطب النفسي والمجالات التربوية . وتشتمل القائمة على 550 بندا على شكل عبارات تقريرية ولها صورتان: بطاقات فردية، وكتيب يطبق فرديا أو جماعيا. ولأسباب فنية يحتوي على (566) بند حيث ان هناك (16) بندا تم تكرارها في أكثر من مقياس فرعي . وتتضمن الإجابة على هذه البنود

في النسخة الأصلية ثلاثة احتمالات هي (خطاء- صواب - لااعرف)وقد تم حذف الاحتمال الخير (لا اعرف) في النسخة المعربة، ولهذا التغيير مزايا وعيوب فاهم مزياه انه يغلق الباب امام المفحوص من التهرب من الإجابة عن طريق استخدام الاختيار(لا اعرف)، اما العيوب فهي تكمن في صعوبة المقارنة بين النسخة العربية والأجنبية.

وفيما يتعلق بتطبيق قائمة (M.M.P.I) فانها تتطبق على الفئات العمرية من 16 سنة فما فوق، ومع ذلك فقد استخدم بنجاح من صغار المراهقين، ويمكن تطبيقها فرديا أو جماعيا . وتتضمن كراسة الاختبار تعليمات يقرأها الفاحص للمفحوصين، ويحثهم على الإجابة حتى ولو لم يكونوا متأكدين من ان الفقرات تنطبق عليهم. وتتراوح مدة تطبيق لقائمة بين ساعة و ساعة ونصف.

الإبعاد التي تقيسها قائمة منيسوتا .

أولا: مقاييس الصدق:

وتتكون من أربعة مقاييس تتضمن مقياس الكذب الذي يقيس درجة صدق المفحوص في الإجابة، ويتكون من فقرات تحتوي امور اجتماعية لاتنطبق على الناس في الواقع، والدرجة المرتفعة عليه تعكس ان الشخص يريد ان يظهر نفسه بصورة مقبولة اجتماعياً بين الناس. ومقياس التكرار والذي يتكون من الفقرات التي تقيس الافكار الغريبة ونقص الاهتمام الاجتماعي والتبلد .ومقياس الصدق ويعكس اتجاه المفحوص نحو الاختبار، والدرجة المرتفعة عليه تعكس نفس المؤشر الذي تعكسه الدرجة المرتفعة على مقياس الكذب. ومقياس الاستفهام (؟)، وتستمد الدرجة على هذا المقياس من عدد العبارات التي لا يستطيع المفحوص الاجابة عليها بنعم او لا، وتكون الدرجة عالية على هذا المقياس

في حالات الاكتئاب وحالة السايكثينا . مما سبق يتضح لنا ان الدرجة العالية على المقاييس الاربعة السابقة تدل على وجود خلل في شخصية المفحوص .

ثانيا: المقاييس الاكلينيكة:

وهي تسعة مقاييس فرعية تقيس تسعة حالات مرضية عصابية وذهانية هي:

- مقياس توهم المرض.
- مقياس الهستيريا.
- مقياس الانحراف السيكوباثي.
- مقياس الاكتئاب(تم استخراج فقراتة من استجابات مرضى الاكتئاب).
- مقياس (الذكورة -الانوثة) ويقيس ملامح شخصية ترتبط بالاضطرابات الجنسية.
- مقياس البارانويا ويقيس التشكك والحساسية الزائدة والعظمة.
- مقياس السايكثينيا (الوسواس القهري).
- مقياس الفصام.
- مقياس الهوس الخفيف.

ثالثا: مقياس الانطواء الاجتماعي:

ويقيس النزعة للانطواء الاجتماعي، ويمكن تطبيق هذا المقياس بشكل مستقل على الأسوياء. وقد تم تحديد الابعاد الأساسية في قائمة (M.M.P.I) وحصرها في عاملين رئيسين هما:

أ- العصابية: ويندرج تحت هذا العامل عوامل مثل القلق والوسواس والاكتئاب.

ب-الانبساط: ويندرج تحته الهستيريا والسيكوباثية والهوس الخفيف (عبد الخالق،ص302).

وفيما يلي بعض الفقرات التي تستخدم في هذا الاختبار، والتي تتطلب وضع دائرة حول الوضع المناسب :

- هل تجد دائما صعوبة في الاعتراف بخطأ ترتكبه ؟ (نعم .لا.لا ادري)
- هل تتردد في اتخاذ القرارات في حياتك اليومية ؟(نعم .لا. لا ادري)
- هل تتردد في اتخاذ القرارات بالحب دائما نحو والديك؟(. نعم. لا. لا ادري)

تفيسر النتائج على قائمة (M.M.P.I)

تفسر النتائج على هذه القائمة بناءً على الدرجات الفرعية للمقاييس، وتحول هذه الدرجات الخام إلى درجات معيارية تائية (بواسطة جداول معدة سلفاً)توازن بجدول معايير خاص بالمقياس، ثم ترسم الصفحة النفسية

للمفحوص ويتم توزيع الدرجات المعيارية على الصفحة النفسية لتحديد نوع الاضطراب ومداه.

2- مقياس الجمعية الأمريكية للسلوك التكيفي (A.A.M.D)

ألف هذا الاختبار لامبرت وآخرون سنة (1969) وتم مراجعته سنة (1974و1981) بهدف قياس السلوك التكيفي عند الأشخاص من سن 7 إلى 16 . وقد قنن الاختبار على عينة مكونة من(2600)عميل وعميلة واستخدم اسلوب المئينات لاستخراج معايير المقياس للبيئة الامريكية. وتبرز أهمية قياس السلوك التكيفي والنضج الاجتماعي في ان السلوك التكيفي يعتبر واحداً من المؤشرات الأساسية لتشخيص الإعاقة العقلية لدى الفرد. فالجمعية الأمريكية لعلم النفس اشترطت لتصنيف الفرد كمعاق عقلياً ان يكون لديه عجز في القدرة العقلية يصاحبه عجز في السلوك التكيفي والنضج الاجتماعي، وان يظهر هذا العجزكذلك خلال الفترة النمائية المبكرة للفرد .

وتعتبر عملية قياس السلوك التكيفي والنضج الاجتماعي مهمة لغرض تخطيط البرامج الخاصة بالمعاقين عقلياً .

صورة الاختبار :

يحتوي هذا الاختبار على جزأين هما :

الجزء الأول

2- المهارات الاستقلالية.

3- النمو الشخصي .

4- النشاط الاقتصادي.

5- النمو اللغوي .

6- التعامل مع الاعداد والزمن.

6- النشاطات المهنية .

7- توجيه الذات .

8- تحمل المسؤولية.

9- التطبيع الاجتماعي.

الجزء الثاني

1- سلوك العنف والتخريب .

2- السلوك غير الاجتماعي .

3- السلوك المتمرد .

4- السلوك غير الجدير بالثقة.

5- الانسحاب .

6- السلوك النمطي والسلوك الشاذ.

7- السلوك تجاه الآخرين.

8- عادات الافاظ غير المقبولة

9- تقبل العادات الصحية .

10- الميل نحو النشاط الزائد .

11- الاضطراب النفسي .

12- المعالجة الطبية .

تطبيق الاختبار :

يطبق الاختبار عن طريق المعالج بمساعدة شخص يعرف الطفل جيدا كالاب مثلاً حيث يسأل عن تدرج كل بند، ولا بد ان يكون المعالج مدربا

جيدا وذو خبره. وتفسر النتائج بناء على المعلومات التي يوفرها جدول المعاير الخاص بالمقياس حسب الجنس والفئة العمرية.

3- **اختبارات الاتجاهات والقيم**

لقد صمم نفر من علماء النفس والاجتماع مجموعة من المقاييس التي تقيس الاتجاهات من أشهرها :

أ- مقياس التباعد الاجتماعي .

تم تصميم هذا الاختبار على يد (بوجاردوس) وهو يحتوي على سبعة بنود تعبر عن مواقف حياته حقيقة، وتقيس مدى الاغتراب الذي يحس به المفحوص تجاه الأجناس والثقافات الأخرى .

ب - مقياس يثر ستون

ويقيس اتجاهات الإفراد نحو مواضيع ثلاثة هي :

- الحرب - تنظيم النسل - العقوبات

ويمكن للمعالج توظيف اختبار الاتجاهات والقيم في العلاج المدرسي، حيث تساعده على تحقيق الأهداف التالية:

- معرفة الاتجاهات السلبية التي تعيق تكيف العميل في المدرسة .تصنيف الطلبة إلى مجموعات علاجية أو جماعات عمل من حيث ذوي الاتجاهات السلبية والاتجاهات الايجابية.
- تعديل الاتجاهات السلبية .
- استخدامها في العلاج المهني والجمعي .

الفصل الرابع

المهارات الأساسية في العلاج

- **تمهيد**
- **مهارات الإصغاء والاتصال**
- **الاستيضاح**
- **عكس المحتوى**
- **عكس المشاعر**
- **التلخيص(إعادة الصياغة)**
- **مهارات السلوك الحضوري**
- **السلوك الحضوري الجسدي**
- **السلوك الحضوري اللفظي**
- **مهارات كشف الذات**
- **المهارات الفنية**
- **مهارة القياس والتقييم**
- **مهارة التشخيص**

- **مهارات العمل المتقدمة**
- **مهارة السؤال**
- **مهارة تقديم المعلومات**
- **مهارة التفسير**
- **مهارة المواجهة**
- **مهارة التغذية الراجعة.**

تمهيد

لم يساء فهم موضوع في العلاج النفسي مثلما اسيء فهم موضوع المهارات العلاجية , فالكثير من المؤلفين والباحثين في ميدان العلاج النفسي يخلطون بين المهارات العلاجية وبين مواضع اخرى في العلاجمثل وسائل جمع المعلومات العلاجية او الاستراتيجيات الارشاية , فنجد بعضهم يصف الملاحظة، او دراسة الحالة،أو المقابلة كمهارات علاجية , وهي في واقع الامر وسائل علاجية تمثل الوعاء الذي تمارس بداخله هذه المهارات، فالمعالج يستخدم مهارات الاصغاء والمواجهة العلاجية مثلاً اثناء المقابلة، ويستحدم مهارة التشخيص والقياس عند اجراء دراسة الحالة ... وهكذا . لا شك ان مثل هذا الخلط في المواضيع يسبب الارتباك للمعالج النفسي والطلبة الدارسين للعلاج، ويعيق فهمم لطبيعة العملية العلاجية واهدافها.

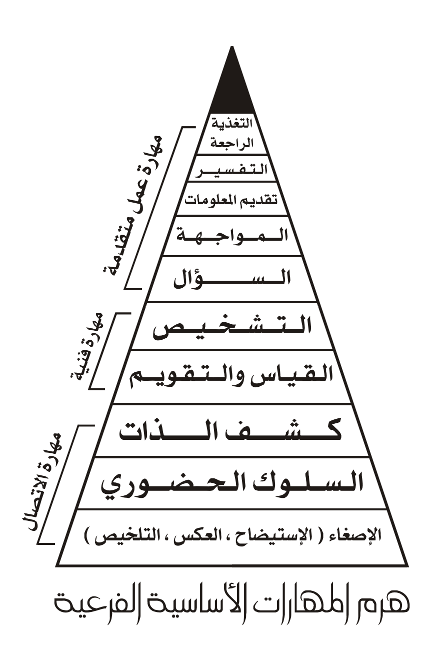
وهناك اعتقاد خاطيء لدى بعض العاملين في العلاج النفسي وهو ان الجلسة العلاجية تتطلب قدراً كبيراً من المهارات المتقدمة والمعقدة . والواقع ان استخدام مهارة او مهارتين مناسبتين في الجلسة قد يفي بغرضها، ويجدي نفعاً اكثر من الاستخدام العشوائي لمهارات متعددة وغير مناسبة .

هرم المهارات

تاخذ المهارات العلاجية بناءاً وترتيباً هرمياً معيناً يبدأ بمهارات الاتصال وبناء العلاقة العلاجية ويتدرج إلى المهارات النفسية حتى ينتهي إلى مهارات العمل المتقدمة، ويندرج تحت هذه المهارات الأساسية مهارات فرعية (Micro-skills) يعتمد اختيار المعالج واستعماله لأي منها على قدراته

وفرضياته من جهة، وعلى استجابات العميل ورسائله من جهة اخرى. والشكل التالي يوضح تدرج هذه المهارات حسب مراحل العملية العلاجية.

شكل رقم(1)



هرم المهارات الأساسية الفرعية

ويتطلب العمل في مجال العلاج النفسي تعلم واتقان المعالج للمهارات المبينة اعلاه، حتى تكون بمثابة موجهات يهتدي بها في عمله . ويحتاج المعالج - المبتدىء خاصةً - إلى التعرف على العديد من المهارات العلاجية والتدرب عليها وتطبيقها، فضلاً عن الاعداد الاكاديمي ، ويتم اكتساب هذه المهارات باتباع طريقتين :

1- إما بطريقة فردية على نفسه او المحيطين به من افراد الاسرة او الاقارب او الاصدقاء وذلك باستخدام مشاكل افتراضية. وفي هذه

الطريقة يكون من الصعب تفهم الافكار والمشاعر واستخدام المهارات بشكل ملائم ومتقن .

2- طريقة التدريب: يمكن اكتساب المهارات عن طريق التدريب عليها تحت اشراف متخصصين ممارسين في العلاج النفسي، حيث يطبق المعالج المهارات على مشكلات واقعية وهو الافضل. وفيما يلي اهم المهارات الأساسية الشائعة الإستخدام في العلاج:

أولاً : مهارات الاصغاء والاتصال

لا تقل مهارات الاصغاء الفعال اهمية عن الكلام والتحدث، فهي مهارات قد تكون اصعب من مهارات الكلام لما تتطلبه من تركيز لما يقول ويفعل العميل . وهي مطلب اساسي لاتقان مهارات العلاج المتقدمة ونجاح الاستراتيجيات العلاجية . فالاصغاء الفعال ينظم العملية العلاجية بكاملها، ويعتبر الاساس في كل مقابلة علاجية.

ويفيد اتقان مهارات الاصغاء الفعال من قبل المعالج كلاً من العميل والمعالج نفسه، فبالنسبة للمعالج فان اتقانه لمهارات الاصغاء الفعال يعطي فرصة اكبرلنجاح العلاقة العلاجية، وتطبيق الخطة العلاجية وبدون ذلك فانه سيتجاهل المشكلة الرئيسة التي يعاني منها العميل، ويبدو وكانه محقق في محكمة بدلاً من كونه مساعداً متعاوناً وداعماً . وفيما يتعلق بالعميل فان الاصغاء يعزز وعيه بقوة للحديث عن نفسه وخواطره، والمشاركة بالمعلومات المهمة، كما يشجعه على الاختيار الصحيح للمواضيع، وتحمل المسؤولية، والتركيز في الجلسة العلاجية .

مكونات عملية الاصغا ء

قبل الحديث عن مهارات الاصغاء، سنلقي الضوء على عملية الاصغاء من حيث مكوناتها والقنوات الحسية التي يستخدمها المعالج في عملية الاصغاء الفعال . فعملية الاصغاء الفعال لرسائل المعالج (اللفظية وغير اللفظية) تتكون من ثلاث عمليات رئيسية هي:

1- استقبال الرسالة (Receiving Message) :

وهي عملية غير ظاهرة تضمن الانتباه السمعي والبصري الدقيق لما يقول العميل (الاصغاء).

2- معالجة الرسالة(Processing Message) :

وهي عملية غير ظاهرة ايضاً تحدث في ذهن المعالج، تتضمن التفكير وحديث الذات وتحليل الرسائل اللفظية للعميل .

3- ارسال الرسالة (Sending Message) :

وهي عملية ظاهرة وملموسة تتضمن استجابة لفظية أوغير لفظية بناءاً على عملية معالجة الرسالة.

وفي التطبيق الفعلي لمهارات الاصغاء قد يجد المعالج صعوبة او يخطىء في العملية الثالثة (عملية ارسال الرسالة) أوالعملية الاولى (استقبال الرسالة)، ويترتب على الخطأ والفشل في استخدام أي من العمليتين ما يلي :

- احباط العميل .
- المناقشة الخاطئة لمشكلة العميل .

- اتخاذ قرار خاطيء لنوع الاستراتيجية المستخدمة في العملية العلاجية . ويسهل معالجة الاخطاء في ارسال الرسائل اكثر من معالجة الاخطاء في استقبال الرسائل . وهناك قنوات حسية لعملية الاصغاء الفعال ينبغي ان يستخدمها المعالج حتى يشعر العميل بانه يصغي اليه، وان مشكلاته تشاهد من منظوره الخاص. واهم هذه القنوات الحسية نذكر ما يلي:

1- القنوات السـمعية :- وهي الكلمات التي يستخدمها العميل من حديث مثل: (اسمع , اقول , اتحدث).

2- القنوات البصرية :- مثل: (واضح , انظر, يبدو , ارى ان ..)

3- القنوات اللمسية :- (اشعر , احس , المس) .

وفيما يلي توضيح مفصل لمهارات الاصغاء الاربع (الاستيضاح, عكس المشاعر, اعادة الصياغة, التلخيص).

اولا: مهارة الاستيضاح (Clarification)

تشير مهارة الاستيضاح إلى السؤال الذي يتلو رسالة العميل الغامضة , وتبدأ عادة بعبارة: هل تقصد بانة ....؟، أو هل تقول بانة............؟، مع إعادة صياغة جانب من رسالة العميل أو كل رسالته؛ بمعنى أخر يطلب المعالج من العميل ان يوضح بعض الكلمات او العبارات بشكل اكبر وعليه التحقق من مثل هذه الرسائل قبل البدء بالعلاج وبالتالي إعطاء القرارات (المتسرعة).

قد يلجأ العميل للتعبير عن معظم رسائله من الإطار المرجعي الخاص بة, ولذلك قد تكون هذه الرسائل غامضة أو مشوشة , بسبب ما يستخدمه

من صياغات, كصياغة الجمع (نحن), أو الضمائر (هم), أو كلمات مبهمة (انت تعرف), أو كلمات مزدوجة المعنى, وفي هذه الحالات يكون المعالج غير متأكد من معنى الرسالة وعلية ان يعمل على استيضاحها .

اهداف الاستيضاح

يمكن تلخيص أهداف الاستيضاح بإيجاز بما يلي:

1. جعل الرسالة التي صدرت من العميل واضحة وصريحة وخالية من الغموض.
2. تثبيت دقة إدراكات المعالج حول الرسالة.
3. التحقق مما تم سماعة من العميل.

خطوات الاستيضاح:

1. التعرف على المحتوى اللفظي لرسائل العميل(عن ماذا أخبر العميل؟ ماذا قال العميل؟).
2. التعرف على ما إذا كانت هناك أجزاء غامضة أو مبهمة أو مشوشة، وتحتاج للتعرف على دقتها (كيف يمكن ان أسمع/أرى/أشعر لأبدأ الاستجابة؟!).
3. تقرير بداية مناسبة للعبارة التي سيستوضح بها السؤال .(هل يمكن وصف ....هل يمكن توضيح......هل تقصد ان تقول.......؟).

4. التعرف على مدى فعالية أسلوب الاستيضاح بمراقبة استجابات العميل ، فمن خلال استجابة العميل يمكن للمعالج تحديد ان كان الاستيضاح مجديا أو لا ؟ لأن العميل يضيف أو يوضح أجزاء الرسالة.

مثال توضيحي لمهارة الاستيضاح.

العميل :جميع الطلبة ذئاب.

المعالج: انت تقول جميع الطلبة ذئاب، ماذا تعني بكلمة ذئاب؟

ثانياً: مهارة اعادة الصياغة (Paraphrase)

تشير هذه المهارة إلى إعادة صياغة كلمات العميل وأفكاره، كما تشمل الانتباه الانتقائي الموجه نحو الجانب المعرفي من رسالة العميل, مع ترجمة أفكاره في كلمات من عند المعالج, فهي ليست ترديد لما يذكر العميل، وانما هي إعادة صياغة تقود إلى المزيد من النقاش أو حث العميل على التوسع في الحديث .

عند استحدام مهارة إعادة الصياغة لما تحمله رسالة العميل يراعي ان لا تكون بمثابة سخرية من العميل, فعندئذٍ لا تؤدي الهدف المطلوب وهو الاتساع في النقاش.

مثال:

* **العميل:** انا اعرف انة لن يفيد حالة الاكتئاب التي لدي, ان أجلس في المنزل,وانام في السرير طوال اليوم.

* **المعالج:** معنى ذالك انك تعرف انك تحتاج إلى ان تتجنب البقاء في السرير, أو الجلوس في البيت طوال اليوم حتى تتخلص من حالة الاكتئاب.

ان هذه الاستجابة تحمل تكرار لما يقوله العميل, مما يقوده إلى استجابة مقتضبة تدل على الموافقة دون توسع, أو قد يشعر العميل بسخرية منة أو بحساسية لتقليد المعالج لما قاله.

* المعالج (باستجابة أخرى أفضل من الأولى) : انت على وعي بانك بحاجة إلى ان تخرج من عزلتك, وتبتعد عن البقاء في السرير حتى تقلل من حالة الاكتئاب.

أهداف إعادة الصياغة:

1. إخبار العميل بان رسالته فهمت، مما يساعده على زيادة توضيح أفكاره.
2. تشجيع العميل على المضي نحو فكرة رئيسية وبشكل أعمق.
3. مساعدة العميل على التركيز على موقف, أو واقع, أو فكرة, أو سلوك معين.
4. مساعدة العميل على التوقف عن تكرار حديثة.
5. مساعدة العميل على حث أفكاره واتخاذ قراراته.
6. مساعدة المعالج في التركيز على المحتوى المعرفي في رسالة العميل.

خطوات إعادة الصياغة:

1. استرجاع رسالة العميل(بإعادة قولها في ذهن المعالج).

2. التعرف على محتوى الرسالة, ماهوالموقف, الشخص, الموضوع, الفكرة....الذي تناقشه هذه الرسالة؟

3. اختيار بداية مناسبة تعاد من خلالها صياغة رسالة العميل، مع مراعاة اختيار القناة الحسية التي يستخدمها العميل(سمعية،او بصرية، اوحسية).

4. ترجمة المحتوى الرئيسي أو التراكيب الأساسية إلى كلمات خاصة بالمعالج، وتوجهها للعميل.

5. الحكم على فاعلية الصياغة الجديدة، من خلال الإصغاء وملاحظة استجابة العميل لما تم إعادة صياغته.

ثالثاً : مهارة عكس المشاعر.(Reflection)

في مهارة إعادة الصياغة يتم التركيز على المحتوى المعرفي، إلا انه في مهارة عكس المشاعر نركز على المحتوى الوجداني.وفيما يلي مثال لتوضيح الفرق بين عكس المشاعر وإعادة الصياغة:-

- العميل : ان كل شيء قد اختلف معي، الحياة تضيق أمامي، لقد انفض عني الأصدقاء، حتى المال لم يعد عندي منه شيء.

- المعالج (إعادة صياغة) : مع ذهاب الأصدقاء ، وضياع المال ، ليس أمامك شيء يمكنك القيام به الان.

- المعالج (عكس المشاعر): انك تشعر بالضجر بسبب الظروف التي تمر بها الان .

أهداف عكس المشاعر:

1. في حالة استخدامها بدقة وفاعلية تجعل العميل يشعر بان المعالج متفهم لمشكلته.

2. تشجيع العميل على المزيد من التعبير عن مشاعره، حول مواقف أو أشخاص معينين.

3. مساعدة العميل على التعامل مع مشاعره، وهي مهارة مهمة في التعامل مع الانفعالات والمشاعر الشديدة مثل الخوف والغضب.

4. تقليل المشاعر السلبية لدى العميل تجاه العملية العلاجية,وتقليل الصراع الذي يحصل بينه وبين المعالج فيما يتعلق بالكلام والإصغاء لكلا الطرفين , كما تساعد في تقليل حدة الغضب لدى العميل عندما يعرف ان مشاعره مفهومه، وبالتالي يصبح أكثر استقبالا ويهيئ الفرصة للمعالج لاستخدام الأساليب العلاجية.

5. تساعد العميل على التمييز بدقه بين مشاعره المختلفة، كما تساعده على تحسين فهمه للحالات المختلفة للمزاج.

خطوات مهارة عكس المشاعر :

1. الإصغاء لكلمات المشاعر، والتي تقع في سبع مجالات (الغضب, الخوف ،عدم التأكد,الحزن ، السعادة ،القوة، الضعف).

2. مراقبة السلوك غير اللفظي (التصرفات).

3. عكس المشاعر مرة أخرى، باستخدام كلمات اخرى.

4. بدء عبارة عكس المشاعر ببداية مناسبة، مع مراعاة اتساقها مع أسلوب العميل في التعبير عن نفسه, مثال: يظهر انك غاضب الآن.

5. إعادة الموقف الذي تحدث فيه المشاعر، ويتم ذلك بإعادة صياغة مختصرة .

مثال :

- **العميل :** انا لا أستطيع ان آخذ اختبارات، انني أكون قلقاً جداً، ولا يكون أدائي مناسباً مع ما بذلت من جهود .

في هذه الرسالة : الوجدان : هو القلق، والموقف هو: أداء الامتحان.

- **المعالج (في عكس المشاعر) :** انت تشعر انك مشدود كلما أخذت اختباراً.

6. التعرف على مدى فاعلية عكس المشاعر للعميل، من خلال ملاحظة استجابته وردود فعله وتصرفاته .

مثال :

- عميل تخلف عن رفاقه، يقترب موعد اختباره، يشعر بالخوف من الامتحان، ويخشى ان تتكرر تجربة الرسوب.

- المعالج: أفهم انك حزين لرسوبك العام الماضي، وانك تشعر بالقلق لاقتراب موعد الاختبارات.

رابعاً : مهارة التلخيص (Summarization)

تعرف مهارة التلخيص بانها مجموعة من التعبيرات والانعكاسات تكشف ما يريد العميل ان يوصله للمعالج ، وهي تجمع بين اثنتين او أكثر من مهارت إعادة الصياغة وعكس المشاعر وتتطلب هذه المهارة انتباه شديد، وتركيز على رسائل العميل الشفوية وغير الشفوية .

أهداف التلخيص :

1- الربط بين مجموعة من العناصر في رسائل العميل.

2- التعرف على موضوع مشترك يبدو واضحاً من عدة رسائل.

3- مساعدة العميل على إيقاف استرساله بما يشبه الحكايات ، فهو أداة جيدة، لمقاطعة المعالج.

4- أداة جيدة لتوجيه سير المقابلة والتقليل من سرعتها إذا كانت سريعة.

5- تهدئة الجلسة وإعطاء فرصة لالتقاط الانفاس.

6- مراجعة التقدم الذي تم إحرازه في جلسة أو أكثر.

7- وسيلة هامة لانهاء الجلسات وافتتاحها ، وكذلك عند انهاء عملية العلاجكلها.

خطوات التلخيص :

1- استرجاع رسائل العميل في داخل (سر) المعالج .

2- التعرف على الموضوعات المتكررة في الرسالة.

3- تخير بدايات عبارات التلخيص، واختيار الكلمات التي ستستخدم في التلخيص من قبل المعالج ،مع مراعاة استخدام الضمير (انت) أو أداة النداء (يا فلان).

4- تقديم استجابة التلخيص من خلال الإصغاء للعميل، وملاحظة موافقته أو عدمها لما تم قوله.

مثال :

- المعالج: إذا أردنا ان نلخص ما قمنا به خلال هذه الجلسة فبوسعنا ان نقول: اننا قد تعرفنا بشكل عام على مشاكلك في الوقت الحاضر ، ومن أهمها ميلك للعزلة، وصعوبة النوم.

وتلخيصاً لما سبق عن مهارة الاستماع وعملياته يمكن ان نضيف الآتي:

1. يعتبرالاستماع للعميل تعزيز قوي لزيادة وعيه للحديث عن نفسه وخواطره ، وعدم الاستماع يؤدي إلى عدم مشاركة العميل ببعض المعلومات المهمة.

2. الاستماع الفعال يعطي فرصة أكبر للنجاح في العلاج، وعدم الاستماع يؤدي إلى تجاهل المشكلة الرئيسية.

3. الاستماع الفعال يشجع العميل على اختيار المواضيع الصحيحة, وتحمل المسؤلية، والتركيز في الجلسة .

4. عدم الاستماع الفعال يظهر المعالج كمحقق بدلاً من كونه معالج متعاون.

خامسا: مهارات السلوك الحضوري الجسدي :

وهي مهارات يستخدم فيها المعالج الرسائل غير اللفظية (لغة الجسد)، بهدف تسهيل قدرته على الاصغاء والتذكر والحضور جسدياً وذهنياً وانفعالياً لاطول فترة من الوقت، ويستفيد العميل من جراء استخدام المعالج لهذه المهارات في تعزيز الشعور بالافضلية تجاه نفسه، لأن المعالج يعطيه كامل اهتمامه وطاقته. وبناءاً على ذلك فان استخدامها يساعد على توثيق العلاقة العلاجية، ويسهل عملية كشف الذات لدى العميل. ويمكن التمييز بين اربعة مهارات فرعية من مهارات السلوك الحضوري الجسدي كما يلي :

أ- مهارة التواصل البصري (Eye contact)

وتتضمن هذه المهارة مقابلة العميل وجهاً لوجه والتواصل معه بالعينين، بحيث تكون عيني المعالج في وضع مستريح فلا يكون البؤبؤ متسعاً كثيراً ولا ناعس مع الانتباه إلى عدم التحديق المستمر في عيني العميل. ان استخدام هذه المهارة يعكس رسالة للعميل مفادها ان المعالج مهتم به ومنتبه لما يختبره (هنا والان) وراغب في مشاركته .

ب- الميل قليلاً إلى الامام (Lean forward)

يجلس العميل في هذه المهارة في وضع زاوية قائمة لا منفرجة او حادة وفي وضع جسدي مسترخٍ، بحيث يكون وضع جسمه منفتحاً وليس منكمشاً، كأن يضع يديه على كتفه أو يضع رجلاً على رجل مما يعيق حركاته. وبهذا الوضع يعكس المعالج رسالة مفادها انه مندمج مع العميل، ومستعد لتقبله ولديه الطاقة والمرونة الكافية لسماع ما يقول .

ج- المسافة (Distance)

لابد ان يأخذ المعالج موضوع المسافة بينه وبين العميل - اثناء الجلسة العلاجية - بعين الاعتبار وتشير الدراسات في هذا الصدد بأن المسافة النموذجية بين المعالج والعميل تترواح بين (1م. ـ 1,8م.)، وانه لابد ان يعطى العميل الحرية ليقرر هذه المسافة، ويجلس في المكان الذي يريد .

د- مهارة اللمس والربت على الكتف .(Touch)

تعتبر هذه المهارة من المهارات الحساسة، والتي يجب ان يتوخى المعالج الحذر عند استخدامها حتى داخل الجنس الواحد (معالج وعميل او معالجة وعميلة)، لأنه قد يساء فهم هذه المهارة حسب ثقافة العميل، وعلى كلٍ فإنه قبل ان يتخذ المعالج القرار باستخدام هذه المهارة، لا بد ان يراعي الإعتبارات التالية :

- ملاحظة مستوى الثقة مع العميل، فكلما زاد مستوى الثقة يمكن استخدام مهارة اللمس.

- اخذ تاريخ العميل حول اللمس، والانتباه إلى أي تصرفات تشير إلى انه يكره اللمس، وهل سيدركه على انه سلوك جنسي ام سلوك اصيل؟

- هل المعالج مهتم بمصلحة العميل، او مهتم باللمس لاجل ان يحصل على اعجابه او اعجاب ذوويه و المراقبين . واذا مارس المعالج هذه المهارة وشعر بعدم ارتياح العميل، فإنه ينبغي عليه ان يتوقف عن اللمس ويعدل جلسته دون ان يشرح أي شيء عن اللمس او سببه .

سادساً: مهارات السلوك الحضوري اللفظي

وهي استجابات لفظية يستخدمها المعالج، بهدف حث العميل على المزيد من الحديث وكشف الذات. وهي تأخذ ثلاثة اشكال من المهارات الفرعية هي:

أ- المشجعات الصغيرة.

وهي عبارة عن صوت او كلمة صغيرة تقال للعميل من اجل توجيه الحديث بينه وبين المعالج، وقد تترافق هذه الكلمة او الصوت مع هزة رأس باتجاه أعلى – اسفل . وللمشجعات الصغيرة أهمية كبيرة في اشعار العميل باهتمام المعالج بحديثه، مما يدفعه إلى المزيد من الحديث .

مثال:

العميلة : لقد كنت دائماً اسعى إلى رضى زوجي.

المعالج : اها ...(مع هزة راس)

ب- التشديد واعادة الكلمات.

تتضمن هذه المهارة التشديد على بعض الكلمات الواردة في كلام ورسائل العميل، والتي يود المعالج التوسع في موضوعها .

مثال :

العميل : لقد قام والدي بعقابي اكثر من مرة.

المعالج: بعقابك ؟! (اذ اراد ان يعرف كيفية العقاب وينفس مشاعر الغضب لدى العميل).

ج- الفورية :

وهي استجابة لفظية من طرف المعالج تصف الشيء الذي يحدث حالياً في العملية العلاجية، يفضل اللجوء إليها عندما يكون العميل متردداً او حذراً في الحديث او التقرب، كذلك في حالتة التحويل والتحويل المضاد، والتوتر في العلاقة العلاجية. وتسير هذه المهارات وفق خطوتين رئيسيتين على النحو التالي:

- يعي المعالج ما يحدث خلال عملية التفاعل، ويراقب التسلسل في التفاعل اللفظي بينه وبين العميل من خلال استقراء الرموز والعلاجات غير اللفظية بدون اظهار تحيزاته وتقيماته الخاصة.
- يضع استجابات لفظية يمكن من خلالها مشاركة العميل بافكاره ومشاعره حول العملية العلاجية، وقد تحتوي هذه الاستجابات على مهارات الاصغاء بلغة (انا)، مع التركيز على ما يحدث (هنا والان) وعدم تاجيلها إلى نهاية الجلسة التالية .

ان استخدام مهارات الفورية حسب الخطوات السابقة يقلل من مسافة الدور بين المعالج والعميل، ويسهل عملية كشف الذات وايجاد الحلول لمشكلات العميل، ويحد من معوقات الاتصال الفعال . وفيما يلي امثلة توضيحية على مهارة الفورية :

مثال(1): المعالج: انا اشعر بالانزعاج لانك تريد ان تاخد وقت الجلسة كاملاً (فورية المعالج).

مثال(2): المعالج: انا مرتاح في العلاقة معك (فورية تعكس العلاقة).

مثال(3): المعالج يبدو عليك الانزعاج (فورية العميل).

سابعاً : مهارة كشف الذات (Self-Disclosure)

تشير مهارة كشف الذات إلى استجابة لفظية من طرف المعالج، يبوح بها عن خبرات شخصية تعكس افكاره وانفعالاته واتجاهاته، و بعض الاحداث التي مر بها والتي يعتقد انها تتشابه نوعاً ما مع خبرات العميل . وقد يكون كشف الذات اكثر فعالية اذا انتهى بسؤال مفتوح.والمثال التالي يوضح طبيعة هذه المهارة:

- المعالج :انا ايضاً اعاني من مشكلة مالية، لقد تراكمت علي بعض الديون في الشهور الثلاثة الاخيرة، ما رأيك ؟

اهداف كشف الذات

يشير(Egan) إلى جملة اهداف يحققها المعالج من استخدام مهارة كشف الذات هي:

1- ان المعالج اكثر حساسية ودفء تجاه العميل، ويقلل من مسافة الدور بين الطرفين.

2- يزيد من قدرة العميل على التعبير عن مشاعره وافكاره بسهولة، ولا شك ان استخدام مهارة كشف الذات من قبل المعالج يزيد من مستوى كشف الذات لدى العميل.

3- مساعدة المعالج على تغيير ادراكات العميل، وتطوير ادراكات ومفاهيم جديدة - نحو مشكلاته - يحتاجها لتحقيق اهدافه.

انواع كشف الذات

يمكن التمييز بين اربعة انواع من مهارة كشف الذات، ويعتمد اختيار المعالج واستخدامه لاي منها على طبيعة المشكلة والهدف العلاجي الذي يسعى المعالج والعميل لتحقيقه، كذلك على شخصية العميل لاسيما الكتوم المتحفظ في كلامه وفيما يلي عرض لاهم انواع كشف الذات :

1- **كشف الذات الوصفي (Demographic self disclosure)**

يتحدث المعالج في هذا النوع من كشف الذات عن خبرات ومواضيع عامة وليس حميمة يعتقد انها تتشابه مع المواضيع التي يمر بها العميل، ولا بأس اذا بدأ المعالج استخدام هذا النوع من الكشف في الجلسة الاولى، شريطة ان يقتصر في الكشف على الخبرات المعرفية والسلوكية.

مثال:

المعالج: لقد عانيت من نقص مهارات الدراسة في حياتي المدرسية، وانعكس ذلك على تحصيلي الدراسي.

2- **كشف الذات الحميمي (Personal self-disclosure)**

يكشف المعالج في هذا النوع عن مواضيع شخصية اكثر خصوصية، ويشير بشكل مباشر إلى المشاعر التي يعتقد انها تتشابه مع المشاعر الضمنية لدى العميل، ولابد ان يوضح للعميل كيف تغلب على المشكلات بهدف قيادته إلى ايجاد حلول.

مثال:

المعالج: انا اشعر بالقلق تجاه مستقبل ابنائي الدراسي، لكني احاول دائماً تحسين شروط النجاح الدراسية لديهم.

3-كشف ذات سلبي (Negative -self disclosure)

يبوح المعالج في هذا النوع من الكشف عن معلومات وخبرات تعكس نقاط الضعف والمواقف الفاشلة التي تماثل خبرات العميل، ويفضل عدم اللجوء إلى هذا النوع من الكشف الا في حالات يرى فيها العميل انه الوحيد في العالم الذي يعاني من مشكلته.

مثال:

المعالج: انا ايضاً منفصل عن زوجتي. لقد كان زواجي جامداً وتعيساً جداً ولم ينجح.

4- كشف ذات ايجابي (Positive-self disclosure)

يكشف المعالج في هذا النوع عن معلومات وخبرات تعكس نقاط القوة والمواقف الناجحة المشابهة لخبرات العميل، وهو افضل انواع كشف الذات.

مقدار ما يكشف المعالج عن ذاته

فيما يتعلق بكمية او مقدار المعلومات والخبرات التي يكشفها المعالج عن نفسه، فإن الدراسات تشير إلى ان مقداراً متوسطاً من كشف الذات يؤثر ايجابياً في العميل، اكثر من كشف ذات كثير جداً او كشف منخفض جداً، فالمقدار الكبير جداً من كشف الذات يجعل العميل يدرك بان المعالج يعاني من مشكلات، وانه نفسه (المعالج) يحتاج للمساعدة والعلاج، ويحول الجلسة العلاجية إلى جلسة تبادل للقصص والمواضيع حول خبرات كلا الطرفين، ويجعل كلاً منهما يتسابق في عملية الكشف، في حين ان المقدار المنخفض جداً

من كشف الذات يزيد من مسافة الدور بين الطرفين، ويجعل العلاقة العلاجية اكثر جموداً ورسمية.

وينبغي هنا ان لا يطيل المعالج الوقت الذي يستغرقه في مهارة كشف الذات حتى لا يستهلك الوقت المحدد للعميل ليكشف ذاته،كما ان عليه ان ياخذ في الاعتبار طاقة العميل في الاستفادة من كشف الذات، فلا يقوم بكشف الذات اذا وجد ان ذلك يضيف عبئاً اضافياً على العميل الذي يكون محملاً بالاعباء بطبيعة الحال.

ولابد ان يعدل المعالج من محتوى كشف الذات بما يتلاءم مع المحتوى الذي يكشف عنه العميل، فاذا كشف العميل عن خبرات ايجابية يكشف المعالج عن خبرات ايجابية مشابهة، ويتجنب الكشف عن خبرات سلبية حتى لا يشعر العميل بالاحباط. كذلك عندما يكشف العميل عن خبرات حميمة فإن المعالج يخطيء اذا كشف عن مواضيع او خبرات وصفية عامة, وهكذا لابد ان يتلاءم نوع كشف الذات من قبل المعالج مع نوع وطبيعة كشف الذات لدى العميل.

ثامناً : مهارة القياس والتقويم (Measurement)

تشير مهارة القياس والتقويم إلى قياس كمي نسبي غير مباشر لعينة من السلوك. وهي مهارة ترتبط بكيفية اختيار الاختبارات النفسية والتربوية التي تخدم العملية العلاجية، وكيفية تقيمها وتطبيقها وتفسيرها. ويتم عادة قياس جوانب محددة في الشخصية مثل الاستعدادات والذكاء والميول والقدرات واختبارات التكيف.... الخ. ويتطلب القياس النفسي الدقة والتحديد للقيم الكمية التي تقدر بها الصفات وتتخذ اساساً للحكم والمقارنة.

ان اتقان مهارة القياس والتقويم لا يقل اهمية عن اتقان المهارات العلاجية الاخرى، فكما لا يستطيع الطبيب ان يعمل بكفاءة بدون استخدام ادوات التشخيص كالسماعة ومقياس ضغط الدم وميزان الحرارة والتحاليل المخبرية، كذلك المعالج في ميدان العلاجلايستطيع العمل بدون اتقان مهارة استعمال الاختبارات وادوات القياس، وحتى لو امتلكها فان المهم هو حسن استعمالها .

وحتى يستطيع المعالج النفسي مزاولة مهنة العلاجبنجاح عليه ان يكون قادراً على اتقان المهارات الفرعية التالية :

1- ان يفهم اساسيات الاحصاء الوصفي والتحليلي والقياس، وان يعرف ويفسر مقاييس النزعة المركزية والتشتت والارتباط.

2- ان يعد قائمة بالاختبارات الرئيسية اللازمة للعملية العلاجية، ويفهم دليل كل منها الذي يوضح طرق ادارتها (تطبيقها وتصحيحها وتفسيرها)، ويلم باحدث المعلومات حول هذه الاختبارات والصور المعربة لها .

3- ان يتمكن من عرض نتائج الاختبارات شفوياً وكتابياً، والبيانات الاحصائية سواء في جداول او رسوم بيانية، ويناقشها مع العميل او مع ذويه، ولا بد ان يعرف ماذا وكيف يعرض هذه النتائج؟

4- ان يقارن بين انواع الدرجات (الخام, المعيارية, النسبية, المطلقة, المئوية, المئينية ..الخ)، وان يترجمها ويحولها إلى ما يعادلها، مبيناً نقاط القوة والضعف في كل منها، وان يبين الطبيعة النسبية عند تفسير العلامات معيارية المرجع، و يستخدم معادلات الخطأ المعياري في تفسير

كل علامة بمفردها، اضافة إلى تطبيق وحساب معادلة (سبيرمان براون وكودر ريتشارد ستون).

5- ان يُعَّرف العميل او المفحوص بكيفية تطبيق الاختبارات ويهيئه للاجابة على فقرات الاختبار، وينتبه لردود فعل العميل سواء اللفظية او غير اللفظية اثناء جلسة الفحص، وان يخفض من قلق الاختبار لديه .

6- ان يعرف كيفية استخدام الحاسوب في تطبيق وتفسير الاختبارات، وكيفية قراءة تقارير الفحوص المحوسبة.

7- ان يطلع على الالتزامات الاخلاقية و القانونية لتطبيق الاختبارات، مثل حقوق المفحوص والمسؤوليات المهنية للمعالج.

تاسعاً - مهارة التشخيص (Diagnosis Skill)

تتضمن مهارة التشخيص تحديد اسباب واعراض ونمط المشكلة وتحديد درجتها بدقة، والتعرف على دناميات شخصية العميل . وتعتمد مهارة التشخيص على جمع المعلومات واستخدام الوسائل العلاجية والعلاجية، وصياغة الفروض العلمية التي تتصل بمجموعة الاضطرابات العامة والتي تندرج تحتها الحالة موضع التشخيص. ولا بد ان يتضمن التشخيص وضع كل الاحتمالات الاخرى في الاعتبار، وذلك عن طريق التشخيص الفارقي من اجل استبعاد الحالات المتشابهة. وتستلزم عملية التشخيص من قبل المعالج معرفة نظرية واسعة في المشكلات المختلفة، وفي علم الامراض سواء النفسية او الجسدية، والتصنيفات الطبية لها مثل تصنيف (D.S.M). ولا شك ان الدقة في التشخيص تساعد على التنبؤ بمستقبل العلاج، و اختيار

طريقة العلاج المناسبة. وهناك ثلاث انواع من التشخيص يستخدمها المعالج في عمله العلاجي هي:

1-التشخيص الاكلينيكي (Clinical Diagnosis)

عملية تشير إلى تشخيص الاضطراب من لحظة إلى لحظة، وتحديد الاسباب والأعراض السريرية حسب تصنيفات الاضطرابات النفسية. وعلى اساس التشخيص يتم اتخاذ الاحكام الاكلينيكية المتعلقة بالأعراض. ولا بد ان يضع المعالج في اعتباره طبيعة الاضطراب هل هي حادة ام مزمنة ام عابرة؟ وهل تحدث في فترات زمنية متقطعة ام متواصلة ؟هل تتضمن اضطرابات نفس جسمية؟

2- التشخيص التنبؤي (Predictive Diagnosis)

تشخيص يعتمد على استخدام سجلات الفرد المختلفة، ويعتبر السجل التراكمي(المجمع) من اكثر الوسائل استخداماً في التنبؤ بأداء الفرد المستقبلي. وعلى المعالج ان يأخذ باعتباره العوامل الخارجية، عندما يضع تنبؤاته منتبها إلى استمرارية وجود العوامل القاهرة.

3- التشخيص الفارقي (Deferential Diagnosis)

أحد انواع التشخيص الذي يتضمن دراسة الاسباب المحتملة للحالات النفسية وتحديد مبدئي للاضطراب، وفي الغالب فان ابسط طريقة او منهج لاكتشاف ما ينظم حالة نفسية هو ان نسأل ماذا ؟ ولماذا؟ . وفي حال الفشل في الحصول على اجابات دقيقة لمثل هذه الاسئلة المباشرة، يجب البحث عن ادلة غير مباشرة، تمكننا من الاجابة على نفس هذه الاسئلة. ومن اجل فهم وتصنيف الاضطرابات النفسية هناك ملاحظات لا بد ان تؤخذ بعين الاعتبار

اهمها: تعرف الاسباب الاولية، والأسباب المساعدة التي عجلت في حدوث الاضطراب، وردود الفعل المميزة للشخصية، وردود الفعل والعوامل الطبيعية.

عاشراً - مهارة السؤال (Question)

ان السؤال الجيد له مكانته في العلاجوالعلاج حيث يتم من خلاله البدء بالمقابلة العلاجية، واستخلاص معلومات محدودة عن شخص العميل، ويدفعه إلى الالتزام بالتواصل مع المعالج . وتعتبر مهارة السؤال من اكثر المهارات التي يساء استخدامها في العملية العلاجية . ويرى المختصين في العلاجان متوسط الاسئلة في الجلسة العلاجية يجب ان لا يزيد عن خمسة اسئلة ، ولا بد من اعطاء العميل فرصة كافية للاجابة عن السؤال، وعدم توقع جواب جاهز لديه، ويحذرون من طرح عدة اسئلة في وقت واحد؛ لأن العميل في هذه الحالة سيجيب على السؤال الاسهل او السؤال الاخير ويهمل بقية الاسئلة.

انواع الاسئلة العلاجية

يتحدث العميل في بداية الجلسات العلاجية عن مشكلات عامة ولا يصرح بمشكلته الحقيقية، ويخطيء الكثير من المعالجين عندما يحاولون الوصول إلى المشكلة الحقيقية عن طريق الاستمرار في طرح الأسئلة المتتالية، ففي مثل هذا الوضع لا يتحرك العميل نحو الامور المؤلمة المسببة لمشكلته الحقيقية، ويتوقف عن التفكير في القرارات الضرورية، وبدلاً من ذلك يتوقع المزيد من الاسئلة وينتظر السؤال التالي.وعموماً هناك اربعة انماط من الاسئلة يمكن للمعالج ان يستخدمها في الجلسة العلاجية وهي :

1- الاسئلة المغلقة (Closed Question)

وهي اسئلة تتطلب اجابات محددة ومباشرة وقصيرة لا تتيح للعميل استخدام خياله، ولا تشجعه على طرح المعلومات والمشاركة بها. ويستخدم المعالج هذا النمط من الاسئلة بهدف تضيق دائرة النقاش عندما يكون العميل ثرثاراً، او عندما يرغب في جمع معلومات محددة وخاصة وعند تحديد محكات او معايير لمشكلة العميل ، كذلك عند الحصول على معلومات وبيانات عامة.

أمثلة توضيحية

- هل يوجد حالة اكتئاب في الاسرة؟

- هل ما زلت تعمل في التدريس؟

- متى بدأت تشعر بالإكتئاب؟

ولا يفضل استخدام نمط الاسئلة المغلقة في الحصول على معلومات عن المشاعر والانفعالات، حيث تكون الاسئلة المفتوحة اكثر ملاءمة.

فمثلاً عندما يوجه المعالج السؤال المغلق التالي للعميل.

- هل تحب والدك؟

فان ذلك استخدام خاطيء للسؤال يضع العميل في حالة ارتباك ويجبره على استخدام الحيل الدفاعية، والافضل ان يستخدم المعالج السؤال المفتوح كما هو موضح في المثال التالي:

- كيف تشعر تجاه والدك؟

2- الاسئلة المفتوحة (Open Question)

وهي الاسئلة التي يطرحها المعالج على العميل وتعطي الثاني فرصة اكبر للحديث وطرح معلومات اكثر وتدفعه للإلتزام بالتواصل مع المعالج، مما يساعده في فهم طبيعة المشكلة التي يعاني منها . وتتميز اجابات العميل على الاسئلة المفتوحة – مقارنة بالمغلقة – بانها اجابات غير متوقعة، وانها تساعد في التعرف على نمط تفكير العميل. ويفضل استخدام هذا النمط من الاسئلة اكثر من الاسئلة المغلقة لاسيما في الحالات التالية :

1- عند بدء المقابلة العلاجية.

مثال:

- ماذا تود ان نناقش اليوم؟

2- عند استخلاص معلومات حول موضوع معين.

مثال:

- اخبرني ماذا حدث بينك وبين والدك قبل اسبوع؟
- اخبرني عن اسلوب التفاعل مع اعضاء اسرتك؟
- كيف تدرس على مادة الرياضيات؟
- لو لم تكن مكتئباً كيف تكون حياتك؟
- ما الذي يجعلك تعتقد انك غير قادر على العمل؟

3- الاسئلة المزدوجة (Double Question)

يحدد هذا النوع من الاسئلة موقف العميل من موضوع معين، حيث يكون لديه خيارين لا ثالث لهما، وقد يصعب عليه اتخاذ قرار بشان احدهما. ويرى كل من (Ali & Graham,1996) انه اذا اراد المعالج الوصول إلى قلب المشكلة، فإنه من المحتمل ان يقع في مصيدة الاستمرار في طرح الاسئلة دون انتظار الاجوبة. واكثر الاسئلة المزدوجة شيوعاً في هذه الحالات هو السؤال المزدوج الذي ياخذ صيغة (إما ...أو)

مثال:

المعالج: هل تجد في طلاق زوجتك حل لانهاء الخلافات بينكما, او الانفصال المؤقت عنها حتى تهدأ النفوس وتعود حياتكما الزوجية كما كانت في السابق؟

4- اسئلة الدقة والتحديد (Concreteness Question)

وهي اسئلة ذات صيغة خاصة تصمم بهدف الوصول إلى المعنى المحدد الذي يكون غامضاً في كلام العميل، حيث يتحدث أحياناً عن خبرات ناقصة او يختار كلمات لا تمثل حقيقة المعنى الذي يريد ان يقوله، وتكون لغته مليئة بالفجوات مثل حذف بعض الحقائق او التعميم لفكرة او شعور او خبرة دون وجود ما يدعمها من الحقائق.

أمثلة توضيحية

- العميل: جميع طلبة الصف يكرهوني.

- المعالج: من هم الذين يكرهونك بالتحديد؟

- العميل: ابراهيم افضل مني.

- المعالج: بماذا هو افضل منك؟

- العميل: انا قلق.

- المعالج: من ماذا انت قلق؟

خطوات طرح الاسئلة

هناك خطوات يتبعها المعالج عند استخدامه لمهارة السؤال على اختلاف انماطه تتمثل فيما يلي:

1- تقرير الهدف من السؤال وهل هو ذو قيمة علاجية.

2- طرح السؤال على نفسه قبل ان يطرحه على العميل، فإذا اجاب عليه فلا داعي لطرحه على العميل.

3- اختيار كلمات ومفتاح للسؤال، فأداة (ماذا) تستدعي الاجابة بمعلومات وحقائق، اما التساؤل باستخدام الاداة (كيف) فانه يرتبط بالعمليات النفسية والانفعالات , والاداة (لماذا) تدلنا عتى الاسباب والجوانب الفعلية، والادوات (متى واين ومن) ترتبط بظروف الزمان والمكان والسؤال عن الاشخاص.

وهناك اعتبارات وتعليمات لابد ان ياخذها المعالج بعين الاعتبار عند استخدامه لمهارة السؤال اهمها:

ا- اعطاء العميل الفرصة الكافية للاجابة على السؤال، وعدم توقع جوال جاهز لديه.

ب- ضرورة التمهيد للسؤال بعبارة (عكس مشاعر)او (اعادة صياغة)؛ لأن ذلك يعطي العميل انطباعاً بان المعالج متفهم لمشكلته؟

ج- تجنب استخدام مهارة السؤال الا اذا دعت الحاجة لها، لاسيما الاسئلة الاتهامية التي تثير ردود الفعل الدفاعية .

مثال:

- اين كان عقلك عندما طلقت زوجك؟

- الم تعلم بانك خاطىء في هذا القرار؟

ان استخدام المعالج لمثل هذه الاسئلة التي لا هدف لها، ربما يؤدي إلى توقف العميل عن متابعة العلاج.

حادي عشر - مهارة تقديم المعلومات

تتضمن هذه المهارة تقديم بيانات ومعلومات وحقائق معينة حول الخبرات والبدائل والاشخاص، لاسيما عندما يتعلق هدف العلاجبالاختيار بين اكثر من بديل او فرصة. ولا شك ان قدرة الفرد على اتخاذ القرارات تزداد عندما يتمكن من توليد بدائل جديدة على اساس من المعلومات، حيث يتمكن من الحكم على البدائل المتاحة له، وهناك غرضان رئيسيان لاستخدام مهارة اعطاء المعلومات هما:

الأول: مساعدة العميل على فهم الاختيارات والبدائل المتاحة له.

الثاني: تصحيح البيانات المشوهة وغير المنسقة او الناقصة.

كما ان هناك شروطاً ينبغي ان تتوفر في المعلومات التي يقدمها المعالج للعميل هي:

- ان تكون معلومات مفيدة للعميل وغير متوافرة لديه.

- ان تتوفر الامكانات والقدرات لدى العميل للاستفادة منها.

- ان تكون مختصرة وموضوعية بحيث يتذكرها العميل بسهولة. (Cormier and Cormier p.130).

طبيعة المعلومات التي يقدمها المعالج.

تختلف المعلومات التي يقدمها المعالج من حيث الموضوعات والعمق والتأثير على العميل, فبعض المعلومات قد تؤثر انفعالياً على العميل وتجعله يقاوم العلاج، وبعضها يؤثر ايجابياً ويقود إلى التغيير. وعموماً فان المعلومات التي يمكن تقديمها في الجلسة العلاجية تأخذ ثلاثة انواع هي:

- معلومات خاصة بعملية وإجراءات العلاج.
- معلومات تتعلق بنتائج العميل، والبدائل والفرص المتاحة له.
- معلومات خاصة يطلبها العميل.

ولا بد ان يكون المعالج صادقاً في طرحه للمعلومات، ولا يتوانى او ينحرج في ان يقول " لا اعلم " عندما لا تتوفر لديه معلومات معينة.

توقيت تقديم المعلومات.

ان انسب وقت لتقديم المعلومات يكون عندما لا يعرف العميل الفرص والخيارات المتاحة، و عندما يكون غير واعٍ بالنتائج الممكنة لإختيار معين او بالمخرجات لخطة او اجراء علاجي معين، كما يحتاجها عندما يكون لديه معلومات ناقصة او غير صحيحة. ولا بد ان يقدم المعالج المعلومات في الوقت المناسب وعند الحاجة، حتى يضمن عدم تجاهل العميل لها او اهمالها،كما ينبغي تقديم المعلومات المهمة اولاً حتى يتذكرها العميل.

كيفية تقديم المعالج للمعلومات

بعد ان يقدر المعالج المعلومات التي يحتاجها العميل والاثر النفسي الذي يمكن ان تحدثه، يمكن استخدام اسلوب المناقشة الشفهية والحوار الجشطلتي لهذه المعلومات. واذا لم يتأكد من تفهم العميل للمعلومات بهذه الطريقة، فإنه يمكن استخدام اسلوب الورقة والقلم في تقديم المعلومات، والاستعانة ببعض الرسومات لتحديد النقاط الرئيسية في المعلومات.ويفضل ان يحصل المعالج على انطباعات وردود فعل العميل حول هذه المعلومات، وان يراجعها عن طريق تلخيصها وتكرارها مرة اخرى على مسامع العميل.وأخيراً ينبغي على المعالج ان يتجنب استخدام مهارة اعطاء المعلومات بهدف التهرب من ضغط الوقت او من خوف العميل، وكذلك عليه ان يتوقف عن اعطاء المعلومات عندما يشعر ان العميل يلجأ إلى طلبها ليتجنب مواجهة انفعالاته.

أمثلة توضيحية:

1- العميلة: اشعر بالذنب من جراء ولادتي لطفل يعاني من تشوه خلقي في فكه، ولا استطيع ان افعل له شيئاً.

- المعالج: هناك اطباء متخصصون بالجراحة التجميلية، هل حاولت مراجعتهم؟

2- العميلة : ان مستوى السكر في دمي يأخذ بالارتفاع، علماً بانني منتظمة في اخذ الدواء.

- المعالج: عليك ان تعلمي ان الدواء وحده ليس كافياً لفحص مستوى السكر, وانما تحتاجين إلى اتباع حمية غذائية، وممارسة تمرينات رياضية يومياً.

3- العميل: ضغط العمل الجديد بدأ يؤثر علي, فانا عجول جداً واحاول تحقيق عدة اشياء في وقت واحد، لكني لا انجح في ذلك عادةً.

- المعالج: عليك ان تعي الحقيقة التي تقول: ان الضغط المستمر يمكن ان يؤدي إلى مشاكل جسدية، في حالة عدم تحقيق اهدافك خطوة خطوة وليس مجتمعة.(Cormier & Cormier p.137).

ثاني عشر - مهارة التفسير (interpretation skill)

تتضمن مهارة التفسير فهم واعطاء معنى لاستجابات العميل (اللفظية وغير اللفظية) يتجاوز نطاق هذه الاستجابات او المعلومات المجمعة بوسائل العلاج الأخرى، بهدف تزويده بفروض حول العلاقات السببية او المعاني التي تتخلل سلوكياته .

ويفسر المعالج استجابات العميل بالاعتماد على المعرفة السيكولوجية والظواهر النفسية ، كذلك من خبرته مع الحالات العلاجية التي قام بها. ويتطلب التفسير دراية واسعة بآخر ما توصلت اليه الابحاث والدراسات النفسية المنشورة والمحكمة، لاسيما فيما يتعلق في العلاج العلاجي والمواضيع ذات العلاقة ، كما يتطلب ان يكون المعالج على دراية بخصائص الثقافات الفرعية للمجتمع الذي يعمل فيه, وان يلم بالخصائص السيكولوجية لفئات

خاصة من الناس مثل الاعزب والمتزوج والعانس والأرمل والشيخ والشباب.....الخ.

وتختلف مهارة التفسير عن باقي المهارات العلاجية التواصلية في انها تتعامل مع الجزء الضمني (غير الظاهر) في كلام العميل، والذي لا يبوح به علناً (Cormier, p124).

اهداف التفسير

هناك مجموعة من الاغراض تتحقق من جراء استخدام مهارة التفسير بفاعلية اهمها:

1- مساعدة العميل على استيضاح افكاره وانفعالاته، وتمكينه من فهم سبب هذه الافكار والانفعالات، وكيفية تأثيرها عليه ، وحثه على مواجهتها بدلاً من الهرب.

2- احداث تغيير في ادراك ومعرفة العميل في ما يتعلق بأفكاره ومشاعره وسلوكه وخبراته، وبالتالي تنمية الاستبصار لديه ووضوح مفهومه لذاته من اطار مرجعي مختلف.

3- كشف الصراعات اللاشعورية التي يعاني منها العميل والمساعدة في حلها، وتحليل التحويل والمقاومة والتغلب عليها.

4- زيادة دافعية العميل واهتمامه بعملية العلاج، وتحضيره لاستبدال السلوكيات الهازمة للذات بالسلوكيات الاكثر فاعلية.

5- تطوير العلاقة العلاجية الإيجابية، من خلال تعزيز الصراحة الذاتية للعميل وتعزيز مصداقيته.

محتوى موضوعات التفسير

يبدأ المعالج مهارة التفسير عندما تتجمع لديه المعلومات الكافية التي تساعد على ذلك، وعندما يصبح العميل مهيئاً معرفياً وانفعالياً للمشاركة به ، وعندما يتقبل الموضوعات التي يمكن ان يقدم المعالج تفيسراً لها . وتشمل الموضوعات التي يقوم المعالج عادةً بتفسيرها ما يلي:

- نتائج الاختبارت والمقاييس النفسية.

- اسباب المشكلة (الاسباب المهيئة, والمرسبة, والحيوية, والبيئية..)

- الاعراض المرضية ورموزها ومعانيها واهدافها.

- ديناميات العلاقة العلاجية.

- المشاعر والافكار والمعاني الكامنة التي يعبر عنها العميل خلال التداعي الحر وعلاقتها بمشكلته الحالية والمشكلات السابقة، مما يساعد في استبعادها. ويمكن ان يفسر المعالج ما يستنتجه ويترجمه من المعاني الكامنة في كلام العميل.

- الصراعات التي يعبر عنها العميل خلال التداعي الحر وعلاقتها بمشكلات العميل الحاضرة والماضية، مما يساعده في استبصارها.

- تفسير جوانب معينة في شخصية العميل مثل اسلوب الحياة وحيل الدفاع وهدف الحياة وديناميات شخصيته، لاسيما في العلاج التحليلي.

- تفسير الرموز الكافية في احلام العميل، عن طريق الطلب منه الكشف عن محتويات الحلم الواضحة.

قواعد استخدام مهارة التفسير

لكي تكون تفسيرات المعالج ناجحة وتحقق الفوائد والاهداف العلاجية المرجوة، لابد ان يراعي القواعد التالية:

1- ان تكون التفسيرات دقيقة ومناسبة لمستوى فهم العميل، وان تكون تفسيرات علمية مستقاة من النظريات العلمية، شريطة ان تكون خالية من المصطلحات الفنية الصعبة ، ولتسهيل ذلك قد يلجأ المعالج في بعض الحالات إلى استخدام وسائل معينة لإيضاح المعاني، مثل الصور او او الرسومات (صورة الجهاز العصبي مثلاً)، وعلى المعالج ان يستقي تفسيراته من خلال قيمه وسماته الشخصيه.

2- لا بد للمعالج ان يقدم تفسيراته لخبرات العميل ومشاعره بشكل متدرج وشمولي، حيث يفضل البدء بتفسير الاشياء القريبة من الشعور والوعي، ومن ثم الغوص اكثر طالما كان العميل قادرا على ذلك, مع ضرورة الانتباه إلى المقاومة والدفاع قبل تفسير الانفعالات والصراعات التي تسبب ذلك . وعندما يتبع المعالج هذه القاعدة للتفسير فان العميل سيقبلها على المستوى المعرفي والانفعالي وتأتي العملية العلاجية ثمارها .

3- صياغة العبارات التفسيرية بطابع تقريبي وليس قطعي مثل (ربما, اعتقد, من الممكن, يبدو وكان)، وهناك ثلاث عوامل تؤثر على محتوى وصياغة التفسير الذي يقدمه العميل هي:

أ- ان تكون وجهة النظر التي يستخدمها المعالج في التفسير متناقضة بشكل بسيط عن وجهة نظر وتفسير العميل لهذه المواضيع.

ب- لابد ان يركز المعالج على تفسير الاسباب التي يستطيع العميل التحكم بها.

جـ- الدلالة: بمعنى صياغة افكار ومشاعر وسلوك العميل، من خلال اطار مرجعي جديد ذو دلالة محددة.

ومن حيث التوقيت الزمني لاستخدام مهارة التفسير، فانها تؤجل للجلسات الاخيرة ولا تستخدم في الجلسات الاولى؛ لأن التفسير يقوم على معلومات كافية كما ذكرنا سابقاً . ومن حيث توقيت الجلسة نفسها فانه يفضل استخدام التفسير في الجزء الاول او الاوسط من الجلسة وليس نهاية الجلسة. واخيراً ممكن ان يختبر المعالج فاعلية تفسيراته عن طريق ملاحظة ردرود فعل العميل غير اللفظية مثل التبسم والاسترخاء اكثر في الجلسة، او التثاؤب, اضافة إلى الجوانب اللفظية التي تؤكد على فهم العميل للمشكلة من خلال الاطار المرجعي للمعالج .

امثلة توضيحية :

- العميلة: لا أدري لماذا تزوجنا اصلاً؟!

- تفسير المعالج: انت الآن تمريين في مرحلة صعبة تجعلك تتسائلين عن فائدة الزواج ، وربما انكارك هذا للزواج يسبب لك المزيد من الكآبة والانزعاج.

- العميلة: بعد وفاة زوجي أصبحت متخوفة من مسؤولية تنشئة أولادي، فقد كان زوجي يعينني كثيراً في ذلك. اني لا انام جيداً واشرب الكحول مما يسبب تشوش في تفكيري. وقد زاد وزني في الآونة الأخيرة ولا استطيع متابعة العمل في وظيفتي.

- تفسير المعالج: من الممكن ان شربك بكثرة وعدم النوم جيداً، وسيلتان لتجنب قبول مسؤولية تنشئة الأطفال واتخاذ القرارات.

ثالث عشر - مهارة المواجهة (Confrontation skill)

عادةً ما يجمع العميل بين العديد من التناقضات، بهدف تجنب الاصطدام بحقيقية مشاعره وأفكاره أو لتجنب إدخال أي تغير بناء على شخصيته ،و ينبغي ان يكون الهدف من استخدام مهارة المواجهة مساعدة العميل على فحص هذه التناقضات والتداخلات في رسائله، وتسهيل عملية التغيير وشحذ الامكانات وحل الصراعات الداخلية لديه. ولتحقيق ذلك لابد ان تقدم بطريقة لطيفة وغير مباشرة وليس بطريقة افحامية أومؤذية.

ويرى (كاركوف وبترستون) ان المواجهة تتدرج من التحدي البسيط إلى الاصطدام المباشر بين المعالج والعميل، واضافا ان التحدي الخفيف يشحذ امكانات العميل الشخصية. ومجمل القول انه يمكن النظر للمواجهه على انها دعوة من قبل المعالج، لمساعدة العميل على استطلاع مبررات سلوكياته الدفاعية، وخاصة تلك التي تحول دون قدرته على ادراك حقيقة ما يدور حوله من امور او ربما تعيقه عن اتخاذ دوره الايجابي في حل مشكلاته.

انواع التناقضات في شخصية العميل

هناك بعض الانواع الرئيسية للرسائل المتناقضة والمختلطة التي يظهرها العميل والتي تتطلب استخدام مهارة المواجهة ومناقشة هذه التناقضات. وفيما يلي أهمها :

أ- التناقض بين رسالتين لفظيتين (تناقضات علنية).

مثال:

- العميل:انا احب ابي كثيراً لكني اتضايق عندما يطلب مني ان ادرس.

- المعالج: تحبه وتتضايق من توجيهه لك، كيف يكون ذلك؟

ب- التناقض بين رسالة لفظية وسلوك ظاهر.

مثال:

- العميلة: انا سعيدة جداً بقرار الانفصال عن زوجي (وهي تذرف الدمع).

- المعالج: انت تقولين انك سعيدة بالانفصال، في حين تنهمر دموعك على خديك، كيف تصفين ذلك؟

جـ- تناقض بين رسالة لفظية وخطوات عمل

مثال:

- العميل: انا مستمتع جداً في العلاج(وهو كان قد تأخر عن الجلسة ربع ساعة، واعتذر عن الجلسة السابقة لها، وقاطع جلستين علاجيتين قبل ذلك).

- المعالج: انت تقول انك مستمتع جداً في العملية العلاجية، في حين انك غير ملتزم بمواعيدها. كيف تصف ذلك؟

د- التناقض بين رسالة لفظية والسياق الذي تقال به.

مثال:

- العميلة: لا أعرف لماذا اتحمل سوء معاملته, واسمح له بضربي. انا حقاً كرهه.

- المعالج: انت من جهة تقولين انك لا تحبينه، ومن جانب آخر تبقين في البيت وتسمحين له بضربك, كيف تفسرين ذلك؟

مثال:

- العميل: ارغب في ان أرفع وزني 25(كيلوغرام) خلال شهر عن طريق التدريب الرياضي (في حين ان وزنه الفعلي 50 كيلوغرام).

- المعالج: انت تريد ان ترفع وزنك إلى النصف عن طريق التدريب، وهذا لا يتحقق في هذه المدة الزمنية.

هـ- تناقض بين رسالتين غير لفظيتين (عدم تناسق في تصرفين).

و- تناقض بين شخص العميل واشخاص آخرين.

ان مواجهة هذا النوع من التناقض يساعد في حل الصراعات الشخصية للعميل.

قواعد استخدام المواجهة

يمكن للمعالج ان يزيد من فاعلية وكفاءة استخدامه لمهارة المواجهة اذا اتبع القواعد البسيطة التالية:

1. يجب ان يعي ويتأكد المعالج من دوافعه للمواجهة، بحيث لا يكون الدافع من استخدامها مضايقة العميل او التنفيس عن احباطات

المعالج، وانما يكون وسيلة لاعطاء تغذية راجعة ايجابية وتقوية العلاقات العلاجية.

2. تستخدم مهارة المواجهة بعد ان تتجاوز العلاقة العلاجية المراحل الاولى، وتتكون الثقة لدى العميل ويكون مستوى القلق منخفضاً لديه.

3. ينبغي ان لا يثقل المعالج العميل بمواجهات عديدة تتطلب منه الكثير من الطاقة في وقت قصير، او اشياء لا يستطيع القيام بها بنجاح.

4. هناك حدود للمواجهة فهي تلفت نظر العميل إلى الصراع الذي يعاني منه، ووعيه بذلك يكون خطوة اولى لحل الصراع.

5. قد يكون استخدام المواجهة كمهارة مفردة غير كافٍ لحل التناقضات الموجودة في رسائل العميل، إذ قد يحتاج المعالج إلى استخدام أساليب استراتيجيات علاجية اخرى كاستراتيجية الحوار الجشطالتي او لعب الدور او تبادل الادوار.

6. يجب ان يكون المعالج نموذجاً حسناً امام العميل في عدم اظهاره أي شكل من التناقضات.

ردود فعل العملاء اتجاه المواجهة

تختلف ردود فعل العملاء نحو المواجهة، وفي واقع الامر لا توجد طريقة محددة للتعامل مع هذه الردود لاسيما السلبية منها, وينصح في حالة ردود الفعل السلبية ان يلجأ المعالج إلى مهارات الاصغاء، ويهيء الاساس مرة

اخرى للمواجهة. وفيما يلي اهم ردود الفعل التي يبديها العملاء تجاه المواجهة:

1- التقبل الصادق.

وهي افضل ردة فعل نحو المواجهة، ويحدث التقبل الصادق عندما يتقبل العميل المواجهة لتناقضاته ويقر بالتناقضات ويفسرها.

2- التقبل الزائف.

يحدث هذا النوع من التقبل ربما لأن العميل لم يستعد بعد للمواجهة، وربما يرتبك العميل في هذه الحالة اذا لم يكن المعالج دقيقاً في مواجهته.

3- الانكار

ينكر بعض العملاء وجود تناقضات لديهم باستخدام العبارات التالية:

- انا لم اقصد ان اقول ذلك..
- كيف توصلت لذلك وانت لم تجرب..؟
- انه موضوع تافه لا يستحق المناقشة.

خطوات بناء المواجهة الفعالة

هناك ثلاث خطوات لابد ان يسير بموجبها المعالج بالتسلسل، لبناء مواجهة فعالة وبدقة وهي:

1- الخطوة الاولى: تحديد التناقض في رسائل العميل عن طريق استخدام مهارة السؤال، او احدى مهارات الاصغاء (لاحظ ان مهارات الاصغاء ضرورية جداً لاتقان مهارات متقدمة كما ذكر سابقاً) .

2- الخطوة الثانية: تلخيص العناصر المختلفة لهذا التناقض.

3- الخطوة الثالثة: تقديم التغذية الراجعة عن طريق استخدام كلمات وعبارات تطابق كلمات وعبارات العميل، والقنوات السمعية او البصرية او اللمسية التي يستخدمها في الكلام.

واذا لم يحل التناقض بعد اتباع الخطوات الثلاث السابقة، ربما يصبح من الضروري القول للعميل العبارة التالية :(انت ترى الامر هكذا.. وانا اراه هكذا) (Cormier p.118-123). واخيراً يمكن للمعالج ان يقيس مدى فاعلية مواجهته وتقييم عملية التغيير في تفكير وسلوك العميل، من خلال مراقبة ردود فعله تجاه المواجهة عندئذٍ بامكانه ان:

- يحدد ماذا يفعل العميل بخصوص التغيير في أي وقت اثناء المقابلة.

- يكتشف فاعلية مواجهته واثرها على العميل (Ivey, p.190-196).

رابع عشر : مهارة التغذية الراجعة (Feedback skill)

تتضمن مهارة التغذية الراجعة تزويد العميل بمعلومات عن كيفية أدائه لمهمة معينة، وذلك بهدف مساعدته على النمو وفهم نفسه ومعرفة قدراته وتفاعلاته مع البيئة، وتزويده بتوجيه ودعم لما تم انجازه بنجاح، وما يمكن انجازه، ثم ادراك وتصحيح اية مشاكل تواجهه.

اعتبارات استخدام التغذية الراجعة

هناك اعتبارات أساسية لابد ان يأخذها المعالج بعين الاعتبار عند استخدام مهارة التغذية الراجعة اهمها:

1- توفر درجة مناسبة من الدافعية لدى العميل ليستقبل التغذية الراجعة.

2- يجب ان تقتصر التغذية الراجعة على ما يقوم به العميل ويلاحظه المعالج.

3- لابد ان تحتوي التغذية الراجعة على كمية من المعلومات المحددة وليس العامة، شريطة الا تكون هذه الكمية كثيرة جداً او مبالغ بها، وان تساعد العميل على تطبيق بدائل معينة.

4- يفضل ان تعطى التغذية الراجعة مباشرة، واذا اضطر المعالج لتأجيلها فانه يجب ان يقدمها في اسرع وقت.

5- تقدم التغذية الراجعة بلغة واضحة ومباشرة وباسلوب ونبرة صوت هادئة، وليس باسلوب غاضب.

6- لابد ان يذكر المعالج الجوانب الايجابية في شخصية العميل اولاً، ثم بعد ذلك يذكر الجوانب السلبية التي تتضمن الاخطاء والسلبيات، وبعد ذلك يذكر ما يود تحقيقه او انجازه لدى العميل لاسيما في التغذية الراجعة التصحيحية.

مصادر التغذية الراجعة:

ان افضل من يقدم التغذية الراجعة هو المعالج النفسي؛ لما يمتلكه من مهارات التواصل البشري. فهو افضل من يلاحظ ويراقب انجازات وسلوكيات العميل. ولابد ان تقدم التغذية الراجعة بطريقة فاعلة محددة وليس عامة، حتى تكون استجابة تصحيحية وليس عقوبة. وقد تقدم التغذية

الراجعة عن طريق اشخاص آخرين مثل (الوالدين, المعلمين, الاصدقاء)، وذلك بالاتفاق مع المعالج والعميل بانجاز مهمة معينة او تصحيح سلوكيات محددة. وقد يقدم العميل التغذية الراجعة لنفسه بنفسه، وذلك بملاحظة سلوكياته بعد ان يكون قد حدد اهدافاً محسوسة ومقاسة وخطوات عمل محددة ومتسلسلة لما يرغب ان ينجزه, وبذلك يصبح مع الزمن مسؤولاً اكثر عن انجازه وسلوكياته ويستطيع تعزيز نفسه بنفسه. وفيما يلي امثلة توضيحية توضح مصادر التغذية الراجعة، سواء كانت من قبل المعالج او العميل او اشخاص اخرين:

- المعالج: انت عميل متميز تحصيلياً وتحظى باحترام زملائك والمعلمين، لكن كثرة مزاحك مع طلاب الصف تجعل بعضهم يسيء اليك، بامكانك ان تتعامل معهم بجدية واحترام وتتفاعل معهم بلطف واعتدال .(تغذية راجعة من قبل المعالج او شخص آخر).

- العميل لنفسه: لقد احرزت علامات جيدة في مادة الرياضيات والعلوم، ولكن علاماتي في اللغة العربية ليست في المستوى المطلوب، انني استطيع ان اعمل على زيادة علاماتي في اللغة العربية اذا خصصت ساعة اضافية لهذه المادة ولخصت النقاط الأساسية في كل حصة لغة عربية.

انواع التغذية الراجعة

هناك اربعة انواع رئيسية يمكن ان يستخدم المعالج واحدة او اكثر منها حسب مرحلة العلاجوطبيعة الهدف العلاجي للجلسة وهي:

ا. التغذية الراجعة التأكيدية (Confirmatory)

وهي التي يخبر من خلالها المعالج العميل بأنه يتقدم بنجاح نحو الهدف المحدد، وحسب الخطوات المتفق عليها.

ب. التغذية الراجعة التصحيحية (Corrective)

يزود المعالج في هذا النوع من التغذية الراجعة العميل بالمعلومات التي يحتاجها، من اجل ان يعود للخطوات التي ابتدأها بطريقة صحيحة ولكنه انحرف عنها قليلاً فيما بعد.

جـ. التغذية الراجعة التحفيزية (Motivating)

وهي التي يخبر من خلالها المعالج العميل عن النتائج الايجابية لإتباعه الخطوات الصحيحة، وكذلك النتائج السلبية لعدم اتباع الخطوات الصحيحة، وذلك بهدف اثارة دافعيته للعمل.

د. التغذية الرجعة التسهيلية (Facilitative)

وهي تلك التي يخبر من خلالها المعالج العميل بكيفية تأثير سلوك العميل عليه وبماذا يشعر حيال ذلك بعد ان يكون قد حدد هذا السلوك ، وماذا يرغب ان يعمل اذا ما استمر العميل في سلوكه. ان هذا النوع من التغذية الراجعة يساعد العميل على فهم نفسه بطريقة افضل، وتغيير نفسه اذا رغب في ذلك.

قائمة المراجع العربية

- أبو حجلة نظام, الطب النفسي الحديث, الطبعة الأولى, عمان, دار الثقافة, 1987.
- أبو حطب فؤاد وآمال صادق، علم النفس التربوي، الطبعة الثانية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية ، 1980.
- الوقفي راضي، أساسيات التربية الخاصة، الطبعة الأولى، عمان، كلية الأميرة ثروت, 2001.
- ابو لبدة سبع ،مبادىء القياس النفسي والتقييم التربوي، الطبعة الرابعة الجمعية التعاونية،1982
- العيسوي عبد الرحمن ، العلاج النفسي، القاهرة، دار الفكر الجامعي، 1979.
- الرفاعى نعيم : العيادة النفسية والعلاج النفسي ، الجزء الثاني، المطبعة التعاونية، دمشق ،1982.
- الخطيب جمال ، تعديل السلوك (القوانين ولإجراءات) ,جمعية عمال المطابع التعاونية، الأردن ،عمان ، الاردن ،1987.
- اوزيبا صموائيل وآخرون – مترجم – استراتيجيات العلاج النفسي لتعديل السلوك النفسي , الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1992.
- باترسون ،نظريات العلاج النفسي، ترجمة حامد الفقي، دار القلم، الكويت، 1992.

- ديفيد جيلدارد: (مترجم)الدليل العملي للمعالجين النفسيين والتربويين وأساسيات العلاج الفردي ,دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ،عمان، الأردن ،2003.

- حمزة مختار , أسس علم النفس الاجتماعي , الطبعة الثانية , جدة , دار البيان العربي، 1982 0

- زهران حامد ، علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة)، الطبعة الخامسة، القاهرة، عالم الكتب، 1985 .

- زهران حامد، التوجيه والارشاد النفسي، الطبعة الثانية ، القاهرة، عالم الكتب، 1980.

- زيتون عايش، أساسيات الإحصاء الوصفي، الطبعة الأولى، عمان، دار عمار، 1984.

- زيتون عايش، بيولوجيا الانسان: مبادئ في التشريح والفسيولوجيا، الطبعة الثانية، عمان دار عمار، 1995.

- سعد جلال : المرجع في علم النفس، الطبعة الثالثة ، دار المعارف، القاهرة 1963.

- طلعت منصور واخرون ، مبادىء التوجيه والارشاد المدرسي. الطبعة الاولى ،مطبعة الصفا ، الكويت- الجامعة العربية المقترحة2003.

- عوده أحمد، القياس والتقويم في العملية التدريسية، الطبعة الأولى، دار الأمل للنشر والتوزيع، اربد ،الأردن، 2005.

- عدس وتوق ، المدخل إلى علم النفس ، الطبعة الخامسة، عمان ، دار الفكر، 1998.
- عاقل فاخر، التعلم ونظرياته، الطبعة الخامسة، بيروت, دار العلم للملاين ، 1981.
- قطامي يوسف، تفكير الأطفال: تطوره وطرق تعليمه، الطبعة الأولى، عمان ,الأهلية، 2001.
- مصطفى احمد فهمي, الصحة النفسية: دراسات في سيكولوجية التكيف,الطبعة الأولى, القاهرة, مكتبة الخانجي ,1976.

قائمة المراجع الأجنبية

- Cormir,M,&Cormir,S(1991) Interviowing Stratigies for Helpers Fundmenta Skills & Cognativ Bihavior) Intervvetions,Brook Book company .
- Bozarth, J.D .(1998). Person-Centered Therapy. -A revolutionary paradigm . Ross-on-why: pees Books.
- Corey, G.(2001).Theory and Practice of psychotherapy and psychotherapy. California: Cole publishing company.
- Brammer ,L.M.,of schostrom,E.L. (1977) .Therapeutic psychology : Fandamentals of conseling and psychotherapy . New Jersy : prentice-Hall . Inc.
- Cringed, W.E and Kazden , A.E . and Mahoney, M.J (1984)Behavior Modification: principals, Issues and Application . Boston: Houghton Muffin company .
- Ellis , A. of Grieger, R. (1977) . HandBook of rational emotive Ththerapy . N.y : springer.
- Hoyt , K,b. career Education where it is? Where it's going . Olympus com vtah,1981.
- Haugue, congruence ,confusion of language .person- centered practice N.J Cole ,1998.

- K. Hoyt & others, career education in high school, clofy.n.j Knopf. L. F. (1984).

- Skinner,- Tood, J. and Bohart, A.C. (1994). Foundations About Behaviourism. N. Y.:

- Mars .S. empathies listening :report son the experience of 6ping heard. Journal of Humanistic psychology,

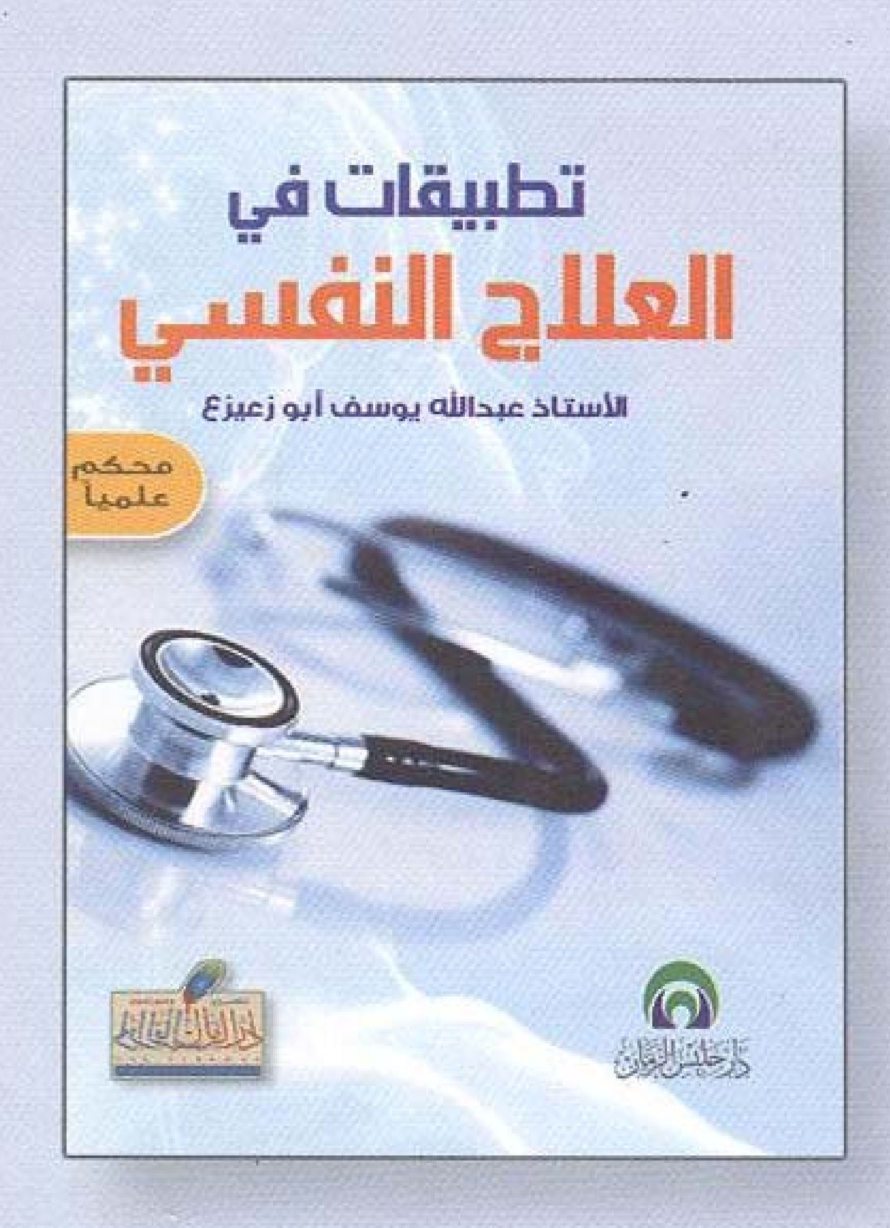
- Hoppok , Robert, Occupational Information. N.Y.Mc.Graw hill,1977.

- Meier's , s .(1989) .The elements of psychotherapy. California: Cole/Books.

-Patterson– (1986) . Theories of psychotherapy and psychotherapy. -N. Y : Havlen and Row.

- Osipows .theories of occupation of career development ,prentice 4thed,N.Y.Mc.Graw hill. 1993.

تطبيقات في
العلاج النفسي





الأردن - عمان
شارع الملكة رانية - مقابل كلية الزراعة - عمارة العساف
Tel. : +962 6 5343052 - Fax : +962 6 5356219
E-mail: dar.jaleesalzaman@yahoo.com
dar.jaleesalzaman@hotmail.com




ISBN 9957-81-054-5
9789957810542